

Wellner, Jasmin

Die Lage der Hospizarbeit in Sachsen  
und die Anforderungen an die Soziale Arbeit in diesem Bereich

**BACHELORARBEIT**

HOCHSCHULE MITTWEIDA  

---

UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Fakultät Soziale Arbeit

Roßwein, 2011

Wellner, Jasmin

Die Lage der Hospizarbeit in Sachsen  
und die Anforderungen an die Soziale Arbeit in diesem Bereich

eingereicht als:

**BACHELORARBEIT**

an der

HOCHSCHULE MITTWEIDA

---

UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Fakultät Soziale Arbeit

Roßwein, 2011

Erstprüfer: Häußler-Sczepan, Monika, Prof. Dr. phil., M. A.

Zweitprüfer: Hille, Michel C., Dipl.Soz.arb./Soz.päd.

**Bibliographische Beschreibung:**

Wellner, Jasmin:

Die Lage der Hospizarbeit in Sachsen und die Anforderungen an die Soziale Arbeit in diesem Bereich. 39 Seiten.

Roßwein, Hochschule Mittweida/Roßwein (FH), Fakultät Soziale Arbeit,  
Bachelorarbeit, 2011

**Referat:**

Die Hospizbewegung hat es sich zum Ziel gemacht, Sterbende bis zu ihrem Lebensende zu begleiten. Soziale Arbeit kann im Rahmen dieser hospizlichen Versorgung wichtige Aufgaben übernehmen.

Diese Bachelorarbeit befasst sich mit der Rolle der Sozialarbeit in der Hospizversorgung und untersucht in wieweit diese Profession Eingang in die Hospizversorgung in Sachsen gefunden hat.

Alle Darlegungen basieren auf einer Literaturrecherche und einer Befragung der Hospizdienste in Sachsen.

### **Sprachregelung:**

**„Der/die  
Referent/In ist  
für den/die  
Zuhörer/In da  
und nicht  
der/die  
Zuhörer/In für  
den/die  
Referent/en/In!“**

*(Prof. Steiger, ETH Zürich)*

Um die sprachliche Ästhetik und die Lesbarkeit der Arbeit nicht zu beeinflussen, beinhaltet die Nennung der männlichen Personenbeschreibung immer auch die weibliche Form und umgekehrt.

## Inhaltsverzeichnis:

<b>1. Einleitung</b>	<b>1</b>
1. 1. Persönliche Motivation zur Themenwahl dieser Arbeit	1
1.2. Beschreibung des Themas und Vorgehen	2
<b>2. Entwicklung der Hospizidee</b>	<b>3</b>
2.1. Sterben und Tod im Wandel der Zeit	3
2.1.1. Der Umgang mit dem Tod vom Mittelalter bis in die Neuzeit	3
2.1.1. Cicely Saunders	5
2.1.3. Elisabeth Kübler-Ross	6
2.2. Die Anfänge der Hospizbewegung in Deutschland	7
<b>3. Was ist ein Hospiz?</b>	<b>8</b>
3.1. Hospizarbeit: Sterben als Teil des Lebens	8
3.2. Formen der Hospizarbeit	10
3.2.1. Die ambulante Hospizarbeit	10
3.2.2. Teilstationäre Hospizarbeit	12
3.2.3. Die stationäre Hospizarbeit	12
<b>4. Hospizarbeit aktuell</b>	<b>14</b>
4.1. Stand der Hospizarbeit in Deutschland	14
4.2. Stand der Hospizarbeit in Sachsen	16
<b>5. Hospizarbeit- Anforderungen an die Soziale Arbeit</b>	<b>18</b>
5.1. Theoretische Ansätze und Arbeitsformen hospizlicher Sozialarbeit	19
5.1.1. Empowerment im Hospizbereich	19
5.1.2. Case Management im Hospizbereich	20

5.1.3. Klientenzentrierte Gesprächsführung	24
<b>5.2. Einbindung der Sozialen Arbeit in die Hospizarbeit in Sachsen</b>	<b>26</b>
5.2.1. Vorgehen	26
5.2.1. Ergebnisse für den ambulante Hospizbereich	27
5.2.2. Weitere Ergebnisse	29
5.2.3. Fazit der Befragung	29
<b>5.3. Tätigkeitsprofil für Hospizsozialarbeit</b>	<b>30</b>
5.3.1. Psychosoziale Begleitung der Betroffenen	30
5.3.2. Psychosoziale Begleitung der Angehörigen	33
5.3.3. Sozialrechtliche Information und Beratung	34
5.3.4. Trauerbegleitung	35
5.3.5. Auswahl, Befähigung und Anleitung der ehrenamtlichen Mitarbeiter	36
5.3.6. Öffentlichkeitsarbeit, Gremienarbeit, Dokumentation und Evaluation	37
<b>6. Fazit</b>	<b>37</b>
6. 1. Abschließende Würdigung	39
<b>Anhang 1</b>	<b>40</b>
<b>Anhang 2</b>	<b>45</b>
<b>Literatur- und Quellenverzeichnis:</b>	<b>59</b>
<b>Erklärung zur selbständigen Anfertigung der Arbeit</b>	<b>63</b>
<b><u>Abbildungsverzeichnis:</u></b>	
<b>Abbildung 1: Die Entwicklung der stationären Hospizarbeit in Deutschland....</b>	<b>14</b>
<b>Abbildung 2: Entwicklung der ambulanten Hospizarbeit.....</b>	<b>15</b>
<b>Abbildung 3: Standorte Hospizarbeit und Palliativmedizin in Sachsen.....</b>	<b>17</b>
<b>Abbildung 4: Mitarbeiter in den ambulanten Hospizdiensten.....</b>	<b>27</b>
<b>Abbildung 5: Ambulante Hospizdienste mit einem Koordinator.....</b>	<b>28</b>
<b>Abbildung 6: Ambulante Hospizdienste mit zwei Koordinatoren.....</b>	<b>28</b>

# 1. Einleitung

„Es bedeutet nicht so viel, wie man geboren wurde. Es hat aber unendlich viel zu bedeuten, wie man stirbt.“ (Sören Kierkegaard)

Die Hospizbewegung hat es sich zum Ziel gemacht, die Tabuisierung der Themen Sterben und Tod rückgängig zu machen und diese Bereiche des Lebens wieder in die Gesellschaft zu integrieren. Sterben soll wieder Teil des Lebens werden und die letzte Lebensspanne soll für die Betroffenen die Chance bieten, dass Leben noch einmal zu resümieren, letzte Angelegenheiten zu regeln, letzte Wünsche zu erfüllen und sich zu verabschieden.

Wenn man Sterben als krisenhaftes Geschehen ansieht, in dem der Betroffene sich verabschieden muss von all dem Liebgewonnenen, von seinem „irdischen Sein“, von der Möglichkeit letzte Dinge zu erledigen und von der Chance seine Wünsche zu erfüllen, wird deutlich, dass dieses Sterbeerlebnis eine Brisanz in sich birgt und bisherige Bewältigungsstrategien an ihre Grenzen geraten können. Der Betroffene und seine Angehörigen benötigen die Möglichkeit der Begleitung durch ein professionelles Team, was sich zum Einen auf den medizinischen und den pflegerischen Bedarf bezieht und zum Anderen muss eine psychosoziale Betreuung gewährleistet sein. Kann dieser Bedarf allein durch Ärzte und Pflegefachkräfte gedeckt werden?

## **1. 1. Persönliche Motivation zur Themenwahl dieser Arbeit**

Im Rahmen meines Studiums bin ich auf das Themengebiet „Hospizarbeit“ gestoßen. Da mich dieses Aufgabengebiet nicht wieder „losließ“ absolvierte ich im Sommer 2009 einen Kurs für ehrenamtliche Hospizhelfer und bin seit dem ehrenamtlich im ambulanten Hospizdienst tätig.

Student beschreibt in seinem Buch „Soziale Arbeit in Hospiz und Palliativ Care.“, dass die Soziale Arbeit in Deutschland im Rahmen der Hospizarbeit noch keinen klar definierten Platz hat. In den „Ursprungsländern“ der Hospizbewegung, also in England und den USA, baut die hospizliche Versorgung auf dem „professionellen Dreieck“ aus Pflege, Medizin und Sozialarbeit auf. Laut Student ist dies in Deutschland anders. Der Anteil der Sozialarbeiter in hospizlichen Ein-

richtungen wächst, aber in Führungspositionen sind sie nach wie vor unterrepräsentiert<sup>1</sup>.

Ich will in dieser Bachelorarbeit untersuchen, wie die Soziale Arbeit in den Hospizdiensten in Sachsen vertreten ist, um den „Arbeitsmarkt Hospiz“ für Sozialarbeiter zu beleuchten.

## ***1.2. Beschreibung des Themas und Vorgehen***

Das Ziel meiner Arbeit besteht darin, aufzuzeigen, dass Soziale Arbeit zu einem integralen Bestandteil in der hospizlichen Versorgung werden muss.

Um einen Einstieg in die Thematik zu finden, beziehe ich mich zunächst auf die Beschreibung der Geschichte der Hospizarbeit. Im folgenden Schritt werde ich die Hospizentwicklung in Deutschland untersuchen, um dabei zu definieren, was ein Hospiz ist und die verschiedenen Arbeitsformen der hospizlichen Versorgung aufzuzeigen. Danach gehe ich auf den aktuellen Stand der Hospizarbeit in Deutschland ein. Gesondert werde ich dabei den Stand der Hospizarbeit in Sachsen beleuchten. Schließlich zeige ich auf, in wiefern Hospizarbeit ein Arbeitsfeld für Soziale Arbeit ist. Dabei fließen meine Ergebnisse aus einer Befragung der Hospizdienste in Sachsen ein, die belegen, welche Anzahl von Sozialarbeitern in der hospizlichen Versorgung tätig sind. Bei dieser Erhebung habe ich mich ausschließlich auf die Befragung von ambulanten Hospizdiensten, stationären Hospizen, Kinderhospizen und einem Tageshospiz beschränkt. Da ich bei meiner Literaturrecherche auf die Tatsache gestoßen bin, dass Sozialarbeiter nur selten auf Palliativstationen arbeiten, habe ich diese aus deshalb bei der Befragung ausgelassen. Im Folgenden gehe ich auf die Theorieansätze hospizlicher Sozialarbeit ein. Bei den beschriebenen Ansätzen habe ich mich auf jene beschränkt, die für mich am wichtigsten im Zusammenhang mit der Hospizarbeit erschienen. Im letzten Schritt zeige ich ein mögliches Tätigkeitsprofil von einem Hospizsozialarbeiter vor und komme dabei auf weitere Konzepte und Methoden der Sozialen Arbeit. Dabei stelle ich keinen Anspruch auf Vollständigkeit, sondern erwähne nur die Methoden die mir besonders wichtig erscheinen. Abschließend möchte ich die Eignung der Sozialen Arbeit für die

---

<sup>1</sup> Vgl. Student, Mühlum, Student 2007 S. 148.



Hospizarbeit nochmals darstellen. Ich habe aus der Vielfalt von Literatur zum Thema Hospiz sowie Sozialer Arbeit geschöpft. Hervorgehobene Zitate sollen Abschnitte einleiten und/oder zum Nachdenken anregen.

## **2. Entwicklung der Hospizidee**

### **2.1. Sterben und Tod im Wandel der Zeit**

#### **2.1.1. Der Umgang mit dem Tod vom Mittelalter bis in die Neuzeit**

Vom Mittelalter an bis ins 18./19. Jahrhundert ist Sterben und Tod „alltägliches Geschehen und eingebettet in das öffentliche und gemeinschaftliche Leben“<sup>2</sup>. Ebenso wie die Geburt eines Kindes war der Tod eines Menschen ein ganz alltäglicher Vorgang, der von Kindesbeinen an mit erlebt werden konnte, da er stets im Zuhause der Betroffenen stattfand. Durch das Zusammenleben in der Großfamilie konnten schon Kinder miterleben, wie Krankheit den Großvater beispielsweise ans Bett fesselte und ihn veränderte. Alte mussten von den Jungen gepflegt werden wenn sie bettlägerig wurden und die Zeit des Sterbens konnte von den Angehörigen begleitet werden. Selbst nach dem Eintritt des Todes, musste der Tote von den Angehörigen gewaschen und für die Aufbahrung hergerichtet werden. Für die damalige Gesellschaft war der Tod ein natürliches Phänomen, der durch viele Rituale (z.B. Krankensalbung, Aufbahrung) begreifbar wurde und somit keine Ängste hervor rief.

Durch die Industrialisierung, die Verstädterung, die Pauperisierung und die damit einhergehende Auflösung der Großfamilie, kam es zu einer Zäsur. Sterben und Tod wurde an Institutionen delegiert und verlagerte sich aus der Gemeinschaft in einen abgeschirmten Raum. Bezeichnend für diese Epoche ist das Zitat von Rainer Maria Rilke, der 1910, schrieb:

*„Jetzt wird in 559 Betten gestorben. Natürlich fabrikmäßig. Bei so enormer Produktion ist der einzelne Tod nicht so gut ausgeführt, aber darauf kommt es auch nicht an. Die Masse macht es. Wer gibt heute noch etwas für einen gut gearbeiteten Tod? Niemand. Sogar die Reichen, die es sich leisten könnten, aus-*

---

<sup>2</sup> Dreßke 2010, S. 385.

*föhrlich zu sterben, fangen an nachlässig und gleichgültig zu werden; der Wunsch, einen eigenen Tod zu haben, wird immer seltener.*<sup>3</sup>.

Ariès spricht von einer „Verwilderung des Todes“<sup>4</sup>, die die zunehmende Isolierung der Menschen mit sich brachte. Student geht in seinem Buch „Soziale Arbeit in Hospiz und Palliativ Care“ von drei Kennzeichen für den Umgang mit Sterben und Tod aus, die seiner Meinung nach im 19. Jahrhundert beginnen und bis heute fortschreiten:

### **1. Die Isolierung des Sterbens:**

Das Sterben und der Tod entziehen sich zunehmend den Blicken der Öffentlichkeit. Dies macht Student an der großen Anzahl Menschen fest (80 % der Sterbenden), die in Institutionen, wie dem Krankenhaus und dem Pflegeheim, sterben. Außerdem wird selbst in den Einrichtungen der Tod des Betroffenen nicht ausgehalten, sondern Patienten werden zum Sterben in Badezimmer oder Abstellkammern geschoben.

### **2. Die Entmündigung des Sterbenden:**

Häufig wird der Patient mit einer progredienten und irreversiblen Krankheit, über den bevorstehenden Tod im Unklaren gelassen. Nach Student nimmt ihm das einen Teil seiner Würde.

### **3. Die Abschaffung der Trauer:**

Die Trauer über den Verlust eines Menschen wurde abgeschafft. Demnach soll der Betroffene schnellstmöglich zur Normalität zurückkehren<sup>5</sup>.

Rest geht von weiteren Kennzeichen aus. So ist er der Meinung, dass die Gesellschaft die Symbolik des Sterbens verlernt hat und jegliches Todesbewusstsein fehlt. Außerdem geht er davon aus, dass es zwischen Sterbenden und Lebenden Kommunikationshemmungen gibt<sup>6</sup>.

Diesen gesellschaftlichen Strömungen setzten sich vor allem zwei Damen entgegen:

---

<sup>3</sup> Rilke 1910, zit. nach: Rest 2006, S. 28.

<sup>4</sup> Vgl. Ariès 1997, S. 376-789.

<sup>5</sup> Vgl. Student, Mühlum, Student 2007 S. 135.

<sup>6</sup> Vgl. Rest 2010, S. 54.

### 2.1.1. Cicely Saunders

*„Du zählst, weil du da bist. Und du wirst bis zum letzten Augenblick eine Bedeutung haben.“ (Cicely Saunders)*

Mary Aickenhead und die „Schwestern der Barmherzigkeit“ gründeten in Dublin das erste neuzeitliche Hospiz, das diesen Namen führte. Die Bezeichnung „Hospiz“ knüpfte an eine christliche Tradition an, da man im Mittelalter entlang der Pilgerstraßen in diesen Einrichtungen Unterkunft, Schutz und Pflege für die Pilger anbot<sup>7</sup>. Ebenfalls wurden Kranke und Sterbende in diesen Quartieren gepflegt.

1902 errichteten die „Schwestern der Barmherzigkeit“ in London das „St. Joseph’s Hospice“. Cicely Saunders arbeitete hier sieben Jahre als Krankenschwester mit schwerkranken und sterbenden Menschen zusammen.

Nach dem Zweiten Weltkrieg lernte Saunders bei ihrer Tätigkeit im St. Luke’s Hospital den polnischen Juden David Tasma kennen, der den Holocaust im Warschauer Ghetto überlebt hatte und nun an Krebs sterben sollte. Dieser Mann hinterließ Saunders 500 Pfund seines Vermögens und bat sie „ein Fenster in ihrem Haus“<sup>8</sup> sein zu dürfen. Saunders und Tasma hatten ihre Träume über einen „besseren“ Ort für Sterbende miteinander geteilt und es sollten 20 Jahre vergehen, bis Saunders diese Ideen umsetzen konnte. 1967 eröffnete Saunders, die in der Zwischenzeit Abschlüsse in Medizin und Sozialarbeit erworben hatte, im Londoner Vorort Sydenham ein Haus mit dem Namen „St. Christopher’s Hospice“<sup>9</sup>. In dieser Einrichtung hatten 50 Patienten Platz. Saunders führt in die Pflege von sterbenden Patienten erstmals den Begriff des „total pain“ ein und geht bei der Systematisierung des Schmerzbegriffes von einer körperlichen, emotionalen, sozialen und psychischen Komponente aus<sup>10</sup>. Erstmals stehen im Mittelpunkt der Behandlung des schwerkranken Menschen nicht mehr Therapie und Prognose, sondern systematische Schmerzkontrolle und Symptomlinderung. Durch diesen Schritt soll es möglich werden, dass kein Be-

---

<sup>7</sup> Vgl. Westrich 2001, S. 9.

<sup>8</sup> Vgl. Student 1999 b, S. 21.

<sup>9</sup> Vgl. Lamp 2001, S. 10 f.

<sup>10</sup> Vgl. Saunders, Baines 1991, S. 14 ff.

troffener endlose Qualen erleiden muss und dem Tod wird ein Teil seines Schreckens genommen.

### 2.1.3. Elisabeth Kübler-Ross

*„Benutze die Zeit nicht leichtfertig, die dir zu verbringen gegeben ist. Gehe fürsorglich mit ihr um, damit dir jeder Tag neue Reife, neue Einsichten und ein neues Bewusstsein schenkt!“ (Elisabeth Kübler-Ross)*

Etwa zur gleichen Zeit beschäftigt sich in Amerika die Psychiaterin Elisabeth Kübler-Ross mit dem Tabuthema Tod und Sterben. „Sie gilt als Vorkämpferin auf dem Gebiet der Forschung über Sterben und Tod“<sup>11</sup>. 1969 bringt sie das Buch mit dem Titel „On Death and Dying“ heraus und weist erstmals auf die Wünsche Sterbender hin. Durch ihre Forschungsarbeit in der sie „Sterbende als Lehrer“<sup>12</sup> einsetzt, dokumentiert sie verschiedene Phasen, die bei allen Sterbenden auftreten können:

#### 1. Phase- Nicht- wahrhaben- Wollen und Isolierung:

Nach Kübler-Ross ist dies die erste Phase nach Erkenntnis über die nicht heilbare Krankheit. Die meisten Patienten reagieren mit einem Schockzustand und versuchen die Botschaft des nahenden Todes zu verdrängen. Da die Nachricht zu schlimm für den Betroffenen ist, bewältigt er sie durch Verleugnung<sup>13</sup>.

#### 2. Phase- Zorn:

Wenn der Patient der Botschaft seines nahenden Todes in die Augen sehen kann, folgt eine Phase des Zorns und des Ärgers. Der Betroffene ist neidisch auf alle gesunden Menschen, da er den drohenden Abschied von allen Angehörigen und dem eigenem Sein noch nicht akzeptieren kann<sup>14</sup>.

#### 3. Phase- Verhandeln:

In dieser Phase versucht der Patient über sein Schicksal zu verhandeln. Er hofft durch sein Wohlverhalten auf eine längere Lebensspanne oder Schmerzfreiheit<sup>15</sup>.

---

<sup>11</sup> Großmann 2008, S. 46.

<sup>12</sup> Kübler-Ross 2009, S. 56.

<sup>13</sup> Vgl. ebd., S. 66 – 77.

<sup>14</sup> Vgl. ebd., S.78 – 110.

<sup>15</sup> Vgl. ebd., S. 111ff.

#### **4. Phase- Depression:**

Laut Kübler-Ross sieht der Betroffene den nahenden Tod nun als „schrecklichen Verlust“<sup>16</sup> an. Der Patient verfällt in eine tiefe Traurigkeit<sup>17</sup>.

#### **5. Phase- Zustimmung:**

Der Betroffene kann in dieser Phase seinem Sterben beruhigt entgegen treten. Er hat sich mit seinem Schicksal ausgesöhnt und ist bereit die „letzte Reise“ anzutreten<sup>18</sup>.

Köhle kritisiert an diesem Phasenmodell, dass es den Eindruck einer determinierten chronologischen Abfolge erweckt<sup>19</sup>. Mennemann widerlegt diese Aussage, da Kübler-Ross mit dem Phasenmodell eine eher ungradlinig verlaufende dynamische Entwicklung beschreibt. Phasen können dabei übersprungen, ausgelassen oder wiederholt werden<sup>20</sup>.

Elisabeth Kübler-Ross und Cicely Saunders zeigen durch ihre Arbeit erstmals die Missstände auf unter denen schwerkranke Patienten leben müssen und setzen mit ihrer Tätigkeit eine Reformbewegung in Gang die schließlich auch in Deutschland ankommt.

## **2.2. Die Anfänge der Hospizbewegung in Deutschland**

*„Menschen mit einer neuen Idee gelten solange als Spinner, bis sich die Sache durchgesetzt hat.“ (Mark Twain)*

1971 wurde erstmals der Film „Noch 16 Tage“ in Deutschland ausgestrahlt, dessen Titel auf die durchschnittliche Verweildauer im Hospiz verwies. Der Münchner Jesuit Reinhold Iblacker hatte diesen Film über das Londoner St. Christopher' Hospice gedreht, der nach Ausstrahlung viel Kritik in Deutschland auslöste. So wurde von einer „Sterbeklinik“ und einer „Ghettoisierung Sterbender“ gesprochen. Es musste bis 1985 dauern, bis der erste überregionale

---

<sup>16</sup> Kübler-Ross 2009, S. 114.

<sup>17</sup> Vgl. ebd., S. 114 – 136.

<sup>18</sup> Vgl. ebd., S. 137 – 162.

<sup>19</sup> Vgl. Köhle 1986, S. 1208 ff.

<sup>20</sup> Vgl. Mennemann 1998, S. 131 ff.

Verein OMEGA und die erste regionale Hospizinitiative, der Christophorus Verein in München, entstanden<sup>21</sup>.

Im Jahr 1986 entstand in Aachen das erste stationäre Hospiz „Haus Hörn“ in Deutschland durch die Initiative des katholischen Priesters Dr. Paul Türks<sup>22</sup>. Ein Jahr später entstand in Recklinghausen das „Hospiz zum Heiligen Franziskus“. Neben diesen konkreten Umsetzungen der Hospizidee kam es in dieser Zeit zu einer regen theoretischen Diskussion über die Vor- und Nachteile dieser Arbeit, an der Johann-Christoph Student maßgeblich beteiligt war. Durch seine Arbeiten (zum Beispiel „Hospiz versus ‚Sterbeklinik‘“ in: *Wege zum Menschen* 37-1985, S. 260-269) entkräftete er die kritischen Stimmen und zeigte, dass Hospizlichkeit ein Weg sein kann, den Umgang mit Sterbenden Menschen zu verändern.

### 3. Was ist ein Hospiz?

#### 3.1. Hospizarbeit: Sterben als Teil des Lebens

*„Das Bewusstsein unserer Sterblichkeit ist ein köstliches Geschenk, nicht die Sterblichkeit allein, die wir mit den Molchen teilen, sondern unser Bewusstsein davon. Das macht unser Dasein erst menschlich.“ (Max Frisch)*

Der Name für die moderne Hospizbewegung leitet sich vom lateinischen Wort „hospitum“ – Herberge ab. Mit dem Begriff „Hospiz“ beschränkt sich die Idee jedoch keineswegs auf eine Institution. Da 95 Prozent der Bevölkerung den Wunsch äußern, zu Hause sterben zu wollen - tatsächlich sterben um die 70 Prozent in Institutionen des Gesundheitswesens wie Krankenhäusern und Pflegeheimen<sup>23</sup> - ist es eines der größten Anliegen der Hospizarbeit, Institutionalisierung zu vermeiden und ein Sterben im gewohnten Umfeld zu ermöglichen. Hospizarbeit ist also ein Konzept oder eine Idee, die sich überall verwirklichen lässt, wo gestorben wird. Das Sterben soll durch die Hospizidee „rehumanisiert“

---

<sup>21</sup> Vgl. Lamp 2001, S. 14 f.

<sup>22</sup> Vgl. Wiedemann 1999, S. 35.

<sup>23</sup> Vgl. Deutscher Hospiz- und PalliativVerband e.V. (ehemals BAG Hospiz) 2010: Stichwort Hospizidee, <http://www.hospiz.net/bag/hospizidee.html>, verfügbar am 21. Oktober 2010.

und „resolidarisiert“<sup>24</sup> werden. Nach Student<sup>25</sup> wollen Hospize fünf Qualitätsmerkmale verwirklichen:

1. Im Mittelpunkt der Arbeit der Hospizdienste stehen der Betroffene und dessen Angehörige.
2. Ein interdisziplinäres Team steht dem Schwerkranken und dessen Angehörigen bei.
3. Ehrenamtliche Helfer spielen eine entscheidende Rolle in der Hospizarbeit. Diese ehrenamtliche Tätigkeit hilft das wichtigste Ziel der Hospizbewegung, die Rückführung des Sterbens in den Alltag, zu verwirklichen.
4. Palliative care<sup>26</sup> ermöglicht den Betroffenen mit ihrem Hauptanliegen auf Schmerz- und Beschwerdefreiheit durch Schmerz- und Symptomtherapie ein möglichst angenehmes Leben bis zu Letzt.
5. Hospizangebote stehen für den Betroffenen rund um die Uhr zur Verfügung. Außerdem endet die Sorge für den Betroffenen mit dessen Tod nicht, sondern einer Trauerbegleitung steht für die Angehörigen des Verstorbenen bereit.

Diese fünf Kriterien beschreiben das ganzheitliche Konzept der Sterbe- und Trauerbegleitung durch die Hospizarbeit. Rest geht von einem Sterben aus, dass „unverzögert; -unbeschleunigt; -persönlich, -nicht fremd geleitet; -schmerz- und symptomkontrolliert, -persönlich begleitet; -spirituell angenommen; -frei von Schuld und Verdammnis; -losgelassen, aber nicht vereinsamt; -einsam, aber nicht allein; -still, aber nicht sprachlos; -angstfrei, aber nicht ohne Furcht; -andere Menschen nicht belastend; -die eigene Biographie schließend; -sozial integriert; -lebenssatt.“<sup>27</sup> durch Hospizarbeit ermöglicht wird.

---

<sup>24</sup> Student, Mühlum, Student 2007, S. 16.

<sup>25</sup> Vgl. ebd., S. 27 ff.

<sup>26</sup> Ist ein „Ansatz zur Verbesserung der Lebensqualität von Patienten und ihren Familien, die mit Problemen konfrontiert sind, die mit einer lebensbedrohlichen Erkrankung einhergehen, und zwar durch Vorbeugen und Lindern von Leiden, durch frühzeitiges Erkennen, untadelige Einschätzung und Behandlung von Schmerzen, sowie anderen belastenden Beschwerden körperlicher, psychosozialer und spiritueller Art“ (WHO 2002) zit. nach: Sächsisches Staatsministerium für Soziales 2006: Konzeption zur Hospiz- und Palliativarbeit im Freistaat Sachsen 2006, S. 42.

<sup>27</sup> Rest 2010, S. 57.

## **3.2. Formen der Hospizarbeit**

### **3.2.1. Die ambulante Hospizarbeit**

*„Für mich ist die größte Entfaltung menschlichen Lebens, in Friede und Würde zu sterben, denn das ist die Ewigkeit.“ (Mutter Teresa)*

Die Hauptintention der Hospizidee ist es, Sterbenden die Möglichkeit zu bieten in ihrem gewohnten Umfeld bis zu ihrem Tod zu verweilen. Durch dieses Ziel wird der Stellenwert der ambulanten hospizlichen Versorgung deutlich.

Ambulante Hospize werden zum Teil von den Krankenkassen finanziell gefördert, darüber hinaus sind sie auf Spenden angewiesen. Für den Betroffenen entstehen keinerlei Kosten.

Im Rahmen der ambulanten Hospizarbeit gibt es zahlreiche Organisationsformen, die hier kurz aufgezeigt werden<sup>28</sup>.

#### *Sitzwachengruppen*

Durch ehrenamtliche Mitarbeiter werden alte Menschen in Pflegeheimen oder Krankenhäusern bei ihrem Sterben begleitet. Dabei soll es um das „Da-Sein“ gehen in Verbindung mit zwischenmenschlicher Zuwendung.

#### *Hospizinitiativen*

Unter einer Hospizinitiative versteht man eine Gruppe von ehrenamtlichen Helfern, die es sich zum Ziel gemacht haben, die Hospizidee ins Gemeinwesen zu tragen. Zum einen geschieht dies über Öffentlichkeitsarbeit, zum anderen durch die Begleitung sterbender Menschen und deren Angehörigen. Student bezeichnet diese Initiativen als „Keimzelle der Hospizbewegung“ und als „Hospize in statu nascendi“<sup>29</sup>, da aus diesen Initiativen oftmals ausgebaute Hospize entstehen.

---

<sup>28</sup> Vgl. Lamp 2001 a, S. 24 -31.

<sup>29</sup> Student 1999 a, S. 44.



### *Ambulanter Hospizdienst*

Die Aufgaben entsprechen denen der Hospizinitiative, jedoch gibt es eine hauptamtlichen Koordinator und ein Büro mit festen Öffnungszeiten.

### *Ambulanter Hospiz- und Palliativberatungsdienst*

Durch einen ambulanten Hospiz- und Palliativberatungsdienst wird die Betreuung des Schwerkranken in seinem gewohnten Umfeld angeboten. Dabei werden keineswegs alle anfallenden Aufgaben vom Hospizdienst übernommen, sondern delegiert an andere Dienste, mit denen man eng zusammenarbeitet. Der ambulante Hospiz- und Palliativberatungsdienst bildet somit den Mittelpunkt der Versorgung des Schwerkranken und koordiniert die Aufgabenverteilung an die verschiedenen Dienste. Außerdem werden die Betroffenen und deren Angehörige über palliativ-pflegerische Maßnahmen beraten.

### *Ambulanter Hospiz- und Palliativ-Pflegedienst*

Hier wird die Betreuung des Betroffenen durch drei hauptamtliche Pflegefachkräfte geleistet. Außerdem gibt es eine 24- Stunden Rufbereitschaft.

### *Ambulanter Palliativdienst<sup>30</sup>*

Bei diesem Dienst steht ausschließlich die palliativmedizinische und -pflegerische Betreuung im Mittelpunkt.

### *Brückenpflege<sup>31</sup>*

Ist ein Pflegemodell, welches Schwerkranken ein frühzeitiges Entlassen aus dem Krankenhaus in die Häuslichkeit ermöglichen soll. Dabei wird das familiäre Umfeld, aber auch das medizinisch-pflegerische Umfeld auf die Pflege eines schwerkranken Patienten vorbereitet. Eine 24-Stunden-Rufbereitschaft garantiert eine schnelle Krisenintervention. Ziel dieser soll eine Reduzierung der Notarzteinsätze beziehungsweise der Krankenhauseinweisungen kurz vor dem Ableben des Patienten sein.

---

<sup>30</sup> Vgl. Sächsisches Staatsministerium für Soziales 2006: Konzeption zur Hospiz- und Palliativarbeit im Freistaat Sachsen 2006, S. 43.

<sup>31</sup> Vgl. ebd. S. 18 f.

### *Ambulante Kinderhospize*

Ambulante Kinderhospize bieten Kindern und Jugendlichen, die an einer unheilbaren Erkrankung in einem weit fortgeschrittenen Stadium leiden, sowie deren Eltern und Geschwistern Begleitung in der Krankheits-, Sterbe- und Trauerphase an.

### **3.2.2. Teilstationäre Hospizarbeit**

#### *Tageshospiz*

Tageshospize sollen die ambulanten Pflegemöglichkeiten unterstützen und ergänzen. Hauptaugenmerk liegt auf der Entlastung der Angehörigen durch das stunden- beziehungsweise tageweise Aufnehmen der Betroffenen. Angehörige haben durch diesen Dienst Zeit zum Durchatmen und die stationäre Aufnahme des Schwerkranken soll verhindert werden. Außerdem ist vorgesehen, dass der Kranke mit anderen Betroffenen in Kontakt treten kann.

### **3.2.3. Die stationäre Hospizarbeit**

#### *Stationäre Hospize*

Stationäre Hospize sind Pflegeeinrichtungen mit 8 bis 12 Zimmern. Diese sind alle wohnlich gestaltet, um den Betroffenen eine angenehme Atmosphäre zu verschaffen. Die medizinische Versorgung im Hospiz leisten im Normalfall die Hausärzte oder niedergelassene Ärzte die mit dem Hospiz kooperieren. Die Finanzierung des Pflegesatzes des Hospizes liegt zu 90% bei den Kranken- und Pflegekassen. Die weiteren 10% müssen durch Eigenmittel und Spenden vom Hospiz selbst aufgebracht werden.

In der Rahmenvereinbarung zum §39a Abs. 1 Satz 4 SGB V hat der Gesetzgeber beschlossen, welche Indikationen vorliegen müssen, dass eine Aufnahme in ein stationäres Hospiz gerechtfertigt ist. Demnach werden Patienten aufgenommen, die

„a. an einer Erkrankung leiden,

- die progredient verläuft und bereits ein weit fortgeschrittenes Stadium erreicht hat und
- bei der eine Heilung ausgeschlossen und eine palliativmedizinische Behandlung und eine palliativ-pflegerische Versorgung notwendig oder vom Patienten erwünscht ist und

- die lediglich eine begrenzte Lebenserwartung von Tagen, Wochen oder wenigen Monaten – bei Kindern auch Jahre - erwarten lässt und
  - b. eine Krankenhausbehandlung im Sinne des § 39 SGB V nicht erforderlich ist.
  - c. eine ambulante Versorgung im Haushalt oder in der Familie nicht ausreicht, weil der palliativmedizinische und palliativpflegerische und/oder psychosoziale Versorgungsbedarf, der aus dieser Krankheit resultiert, die Möglichkeiten der bisher Betreuenden regelmäßig übersteigt. Damit sind neben den Angehörigen insbesondere die vertragsärztliche Versorgung, die Leistungen der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung, die Leistungen des ambulanten Hospizdienstes sowie Angebote durch weitere Berufsgruppen und (familien-) ergänzende ambulante Versorgungsformen gemeint. Bei erkrankten Kindern kommt der Entlastung des Familiensystems bereits ab Diagnosestellung besondere Bedeutung zu.
2. Eine palliativ-medizinische und palliativ-pflegerische Versorgung in einem stationären Hospiz kommt – sofern die vorgenannten Grundvoraussetzungen im Einzelfall erfüllt sind – insbesondere bei einem der folgenden Krankheitsbilder in Betracht:
- a. Krebserkrankung,
  - b. Vollbild der Infektionskrankheit AIDS,
  - c. Erkrankung des Nervensystems,
  - d. chronische Nieren-, Herz-, Verdauungstrakt- oder Lungenerkrankung.<sup>32</sup>

Wenn diese Indikatoren vorliegen kann ein Patient im stationären Hospiz aufgenommen werden. Jedoch bleibt es oberstes Ziel, dem Betroffenen die Rückkehr in die Häuslichkeit zu ermöglichen.

### *Palliativstationen*

Palliativstationen unterscheiden sich von Hospizen vor allem darin, dass der Aufenthalt der Betroffenen nur vorübergehend ist. Der Aufenthalt des Patienten dient der Schmerzeinstellung und der Symptomlinderung. Ist dies erfolgt, wird er wieder in das häusliche Umfeld entlassen. In der Regel sind diese Einrichtungen an ein Krankenhaus angegliedert und stehen unter ärztlicher Leitung, so dass eine komplette Kostenübernahme durch die Krankenkassen möglich ist.

---

<sup>32</sup> Sächsisches Staatsministerium für Soziales und Verbraucherschutz 2007: Rahmenvereinbarung nach § 39a Abs. 1 Satz 4 SGB V.

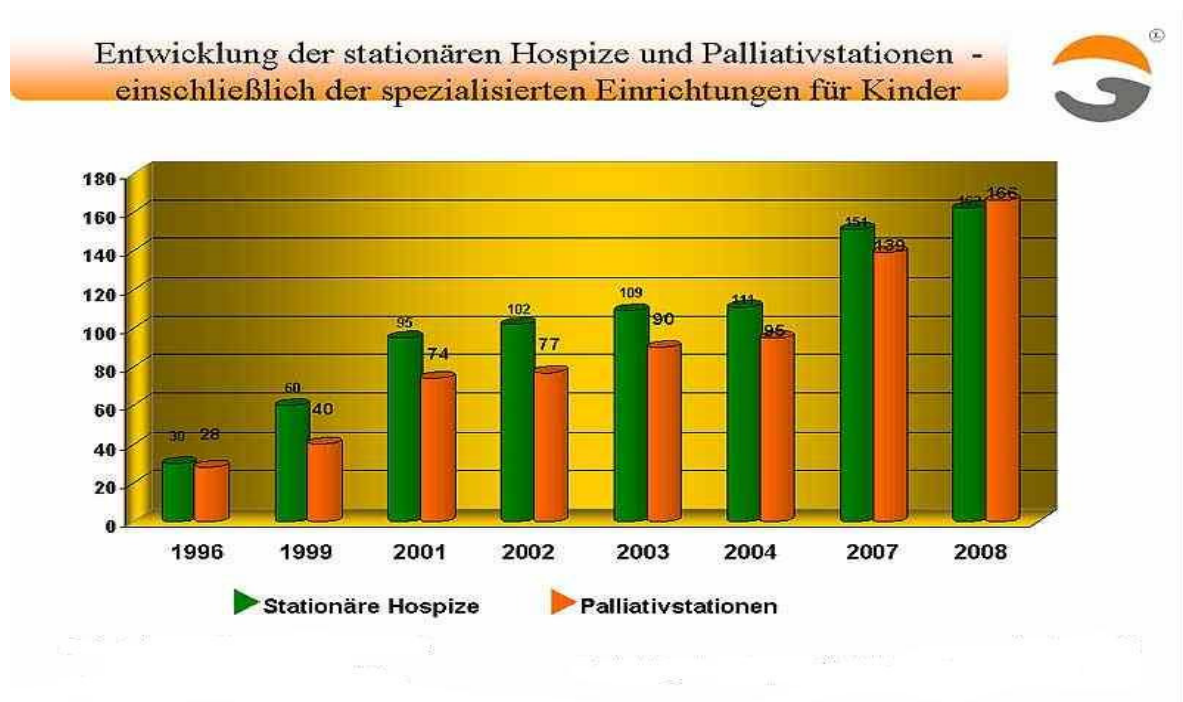
## 4. Hospizarbeit aktuell

### 4.1. Stand der Hospizarbeit in Deutschland

„Jeder hilfe- und pflegebedürftige Mensch hat das Recht, in Würde zu sterben.“  
(Charta der Rechte hilfe- und pflegebedürftiger Menschen)<sup>33</sup>

Derzeit gibt es laut Deutschem Hospiz- und PalliativVerband e.V. (DHPV) 1500 ambulante Hospizdienste, 162 stationäre Hospize und 166 Palliativstationen in Deutschland. Rund 80 000 Menschen engagieren sich ehrenamtlich in der Hospizarbeit<sup>34</sup>. Das stetige Wachstum der stationären Hospizarbeit und der ambulanten Hospizarbeit geht aus Abbildung 1 und Abbildung 2 hervor.

Abbildung 1: Die Entwicklung der stationären Hospizarbeit in Deutschland



Quelle: DHPV unter [http://www.hospiz.net/presse/img/hospiz\\_stationaer\\_2008.jpg](http://www.hospiz.net/presse/img/hospiz_stationaer_2008.jpg) verfügbar am 26.10.2010.

<sup>33</sup> Bundesministerium für Familien, Senioren, Frauen und Jugend 2006: Die Charta der Rechte hilfe- und pflegebedürftiger Menschen.

<sup>34</sup> Vgl. DHPV 2010, Stichwort Deutscher Hospiz- und Palliativverband.

Abbildung 2: Entwicklung der ambulanten Hospizarbeit



Quelle: DHPV unter [http://www.hospiz.net/presse/img/hospiz\\_ambulant\\_2008.jpg](http://www.hospiz.net/presse/img/hospiz_ambulant_2008.jpg) verfügbar am 26.10.2010.

Laut der Deutschen Hospizstiftung „stagniert die hospizliche und palliative Versorgung in Deutschland auf mangelhaften Niveau.“<sup>35</sup>. Laut der Studie „Hospizliche Begleitung und Palliative-Care-Versorgung“ (HPCV-Studie) von 2008 wurden von den 830.000 verstorbenen Personen „nur 12,5 Prozent hospizlich oder palliativ begleitet. Eigentlich würden jedoch etwa 60 Prozent aller Sterbenden eine solche Begleitung benötigen. Das heißt, dass derzeit nur 21 Prozent derjenigen, die hospizliche oder palliative Angebote brauchen, diese auch erhalten. Ganze 79 Prozent sterben ohne bedarfsgerechte Begleitung.“<sup>36</sup>. Außerdem gibt es immer noch große Unterschiede zwischen ländlichen und städtischen

<sup>35</sup> Patientenschutzorganisation Deutsche Hospizstiftung 2008, Stichwort Hospizstatistik, <http://www.hospize.de/servicepresse/hospizstatistik.html> verfügbar am 26.10.2010.

<sup>36</sup> Patientenschutzorganisation Deutsche Hospizstiftung 2008, Stichwort Hospizliche Begleitung und Palliative-Care-Versorgung-Studie 2008, S. 2, [http://www.hospize.de/docs/hib/Sonder\\_HIB\\_02\\_09.pdf](http://www.hospize.de/docs/hib/Sonder_HIB_02_09.pdf), verfügbar am 04. November 2010.

Regionen. So ist die Wahrscheinlichkeit zu Hause zu sterben auf dem Land geringer, als in einer Stadt<sup>37</sup>.

Laut DHPV kommen heute auf 1 Million Einwohner in Deutschland erst 17 Palliativ- und Hospizbetten, der tatsächliche Bedarf liegt im stationären Bereich bei 50 Palliativ- und Hospizbetten pro 1 Million Einwohner<sup>38</sup>. Ein weiterer Ausbau der Hospizangebote ist also dringend erforderlich.

#### **4.2. Stand der Hospizarbeit in Sachsen**

Parallel zur Entwicklung der hospizlichen Versorgung in Deutschland ist die Hospizarbeit in Sachsen kontinuierlich gewachsen. Seit 1992 hat die Sächsische Staatsregierung an der Gestaltung von Inhalten und am Aufbau von Strukturen für die Sterbebegleitung mitgewirkt. So wurde<sup>39</sup>:

- der Auf- und Ausbau der Hospizstrukturen gefördert,
- die Gründung der Landesarbeitsgemeinschaft (LAG) Hospiz Sachsen im Jahr 1997 initiiert und moderiert (seit 15.08.2007 als „Landesverband für Hospizarbeit und Palliativmedizin Sachsen e.V.“),
- im Jahr 2000 die erste Hospizkonzeption mit erarbeitet und veröffentlicht,
- im Jahr 2006 die zweite „Konzeption zur Hospiz- und Palliativarbeit im Freistaat Sachsen“ mit erarbeitet und veröffentlicht,
- 2007 wurde der Landesarbeitskreis Hospiz ins Leben gerufen, in welchem der kontinuierliche Entwicklungsprozess in der Hospizversorgung des Freistaates Sachsen fachlich begleitet wird
- seit April 2007 gibt es für die ambulante und stationäre Hospizarbeit eine Förderrichtlinie des Staatsministeriums für Soziales, die es den Hospizeinrichtungen ermöglicht, jährlich Fördermittel zu beantragen<sup>40</sup>.

---

<sup>37</sup> Vgl. DHPV (2010): Pressemitteilung „Sterben dort, wo man zuhause ist.“ In: Zeitschrift für Palliativmedizin. 11.Jahrgang, Heft 5/2010, S. 209.

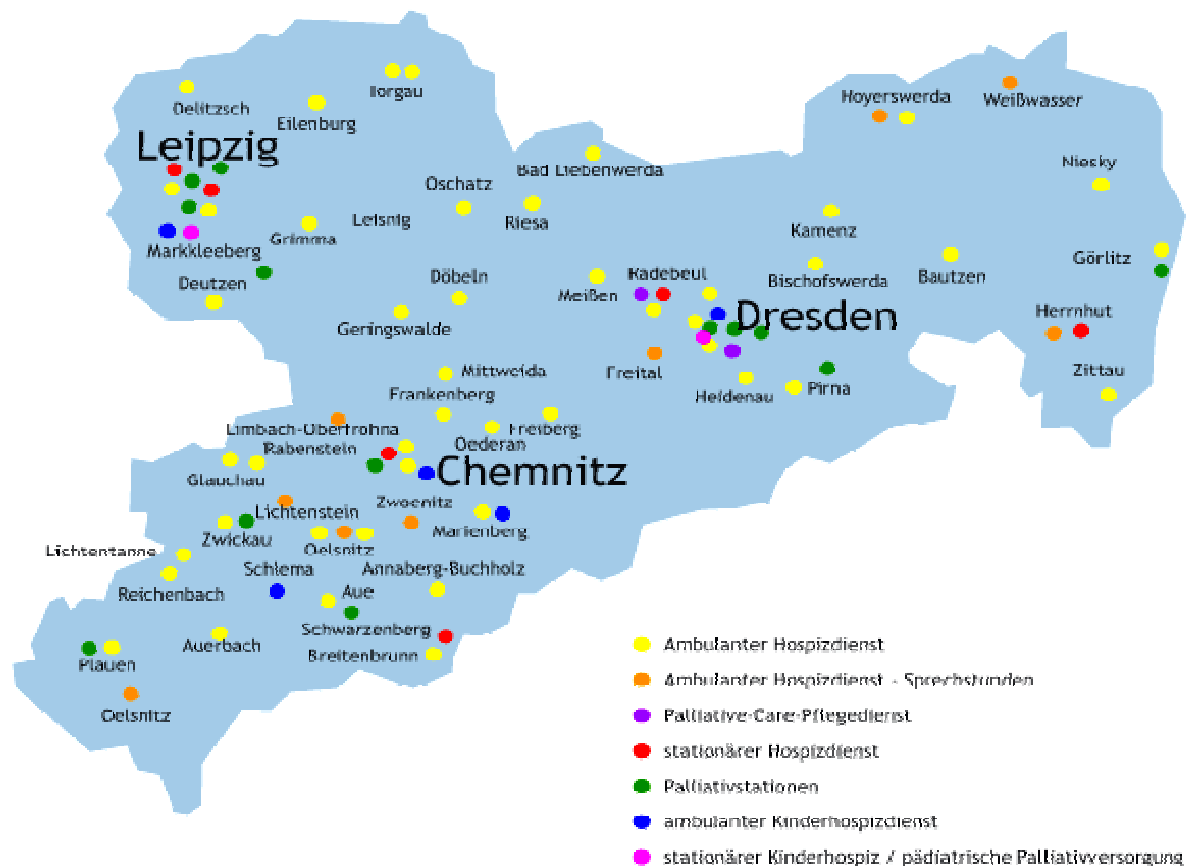
<sup>38</sup> Vgl. DHPV Stichwort Hospizarbeit <http://www.hospiz.net/bag/hospizarbeit.html> verfügbar am 26.10.2010.

<sup>39</sup> Vgl. Sächsisches Staatsministerium für Soziales und Verbraucherschutz 2010, Stichwort Hospizarbeit, <http://www.familie.sachsen.de/7620.html> verfügbar am 26.10.2010.

<sup>40</sup> Vgl. Sächsisches Staatsministerium für Soziales und Verbraucherschutz 2007: Rahmenvereinbarung nach § 39a Abs. 1 Satz 4 SGB V <http://www.revosax.sachsen.de/Details.do?sid=4031110852273>, verfügbar am 04. November 2010.

Derzeit gibt es 43 ambulante Hospizdienste, zwei ambulante Palliativ Care Pflegedienste, ein Tageshospiz, sechs stationäre Hospize, sechs Hospizeinrichtungen für Kinder, von denen fünf ambulant und eine stationär arbeiten, und 12 Palliativstationen<sup>41</sup>.

Abbildung 3: Standorte Hospizarbeit und Palliativmedizin in Sachsen



Quelle: Landesverband für Hospizarbeit und Palliativmedizin Sachsen e.V unter <http://hospiz-palliativ-sachsen.de/standorte/> verfügbar am 26.10.2010

Laut HPCV-Studie<sup>42</sup> lag der Anteil der Verstorbenen die im Jahr 2008, ohne hospizliche Versorgung in Sachsen verstarben, bei 91,8 %<sup>43</sup>. Diese Zahl macht deutlich, dass eine ausreichende hospizliche Versorgung noch nicht gegeben ist und der Ausbau der Hospizdienste weiterhin voranschreiten muss.

<sup>41</sup> siehe Anlage 1: Aufstellung des Landesverbands für Hospizarbeit und Palliativmedizin Sachsen e.V. über die Hospiz- und Palliativmedizin in Sachsen, Stand September 2009.

<sup>42</sup> Patientenschutzorganisation Deutsche Hospizstiftung (2008), Stichwort Hospizliche Begleitung und Palliative-Care-Versorgung-Studie 2008, S. 16, [http://www.hospize.de/docs/hib/Sonder\\_HIB\\_02\\_09.pdf](http://www.hospize.de/docs/hib/Sonder_HIB_02_09.pdf), verfügbar am 04. November 2010.

<sup>43</sup> Deutschlandweit liegt der Anteil der Verstorbenen ohne hospizliche Versorgung bei 87,5%, der niedrigste Anteil ist in Baden-Württemberg mit 82,2% zu verzeichnen und den höchsten Anteil Verstorbener ohne hospizliche Versorgung hat Sachsen-Anhalt mit 92,7%.

Doch nicht nur die Anzahl der hospizlichen Versorgung muss verändert werden, sondern die bestehenden Dienste müssen anders strukturiert werden, um eine optimale Versorgung der Betroffenen und der Familien zu gewährleisten. Nur ein multiprofessionelles Team kann den Schwerkranken bestmöglich unterstützen. Im Folgenden wird die Bedeutung der Sozialen Arbeit in der Hospizarbeit dargestellt.

## 5. Hospizarbeit- Anforderungen an die Soziale Arbeit

*„Die Beteiligung der Sozialarbeit in interdisziplinären palliativen Teams hat sich insbesondere durch die Hospizbewegung der letzten zehn Jahre qualitativ entwickelt und quantitativ ausgedehnt. Die Methoden der Sozialen Arbeit (...) und die Konzepte der klinischen Sozialarbeit sind heute nicht mehr wegzudenken- der integraler Bestandteil palliativer und hospizlicher Interdisziplinarität.“<sup>44</sup>*

Ursula Fülbier geht davon aus, dass Soziale Arbeit nicht mehr weg zu denken ist aus dem Hospizbereich, aber ist dies tatsächlich der Fall? Im Beitrag „Soziale Arbeit in der Palliativversorgung“ von 2010 gehen Karin Wilkening und Cornelia Wichmann davon aus, dass „in Deutschland im expliziten Arbeitsfeld ‚Hospiz‘ und ‚Palliativversorgung‘ nur wenige Sozialarbeiter/-innen tätig“<sup>45</sup> sind. Obwohl anzunehmen ist, dass nur ein multiprofessionelles Team im Hospizbereich eine optimale psychosoziale Begleitung garantieren kann<sup>46</sup>, scheint es noch nicht alltäglich zu sein, dass ein Sozialarbeiter im Hospizdienst vertreten ist. In Untersuchungen wurde nachgewiesen, dass mehr Palliativpatienten zu Hause versterben können, wenn Sozialarbeiter in die Hilfeplanung involviert sind<sup>47</sup>. Sozialarbeiter tragen nachweislich dazu bei, die Ziele der Hospizbewegung zu erfüllen. Weshalb sind sie dann nicht in jedem Hospizteam vertreten? In den folgenden Abschnitten soll es darum gehen, die Methoden der Sozialen Arbeit auf ihre Eignung im Hospizbereich zu überprüfen. Des weiteren wird beleuchtet, wie die Soziale Arbeit in den Hospizdiensten in Sachsen vertreten ist. Im letzten Schritt wird ein Tätigkeitsprofil für Hospizsozialarbeiter erstellt, um

---

<sup>44</sup> Fülbier 2006, S. 1289 f.

<sup>45</sup> Wichmann; Wilkening 2010, S. 165.

<sup>46</sup> Vgl. Wasner 2010, S. 7.

<sup>47</sup> Vgl. Hinton 1994, S. 197-210, zit. nach: Wasner 2010, S. 8.



abschließend zu bilanzieren, in wieweit der Hospizsektor ein Arbeitsfeld für Soziale Arbeit darstellt.

### **5.1. Theoretische Ansätze und Arbeitsformen hospizlicher Sozialarbeit**

Wenn man sich die Qualitätskriterien der Hospizbewegung (siehe Punkt 3.1.), wie die Ganzheitlichkeit, die Forderung nach Interdisziplinarität, die Einbeziehung des sozialen Umfelds und die nachgehende Trauerbegleitung, ansieht „so sind Berührungspunkte zur professionellen Sozialarbeit unübersehbar“<sup>48</sup>. Durch die Vielfalt der Handlungskonzepte der Sozialen Arbeit, sowie deren sozialwissenschaftliche Hintergründe, können Sozialarbeiter aus einer Fülle von Methoden bei der Begleitung von schwerkranken Menschen schöpfen. Im Folgenden soll auf das Empowermentkonzept, das Case Management und die Klientenzentrierte Beratung im Hospiz eingegangen werden.

#### **5.1.1. Empowerment im Hospizbereich**

Bei dem Konzept Empowerment geht es vor allem darum, die Stärken und Kompetenzen der Klienten im Hilfsprozess in den Mittelpunkt zu stellen. Es bedeutet die Ressourcen der Betroffenen aufzudecken, um deren Autonomie zu stärken<sup>49</sup>. „Der Blickwinkel richtet sich hier gezielt auf die Ressourcen und Stärken der Menschen, auf ihre Potentiale zur Lebensbewältigung und –gestaltung auch unter den eingeschränkten Bedingungen des Mangels oder vor dem Hintergrund vielfältiger persönlicher und sozialer Defizite“<sup>50</sup>.

Gerade im Sterbeprozess besteht die Gefahr, den Betroffenen rein defizitär zu betrachten. Zum einen geht die schwere Erkrankung meist mit einer langen Zeit der Pflege einher, die für den Betroffenen und die Angehörigen eine extreme Belastung und einen allmählichen Funktionsverlust des Körpers bedeutet. Zum anderen müssen der Betroffene und seine Angehörigen lernen mit der Abschiedlichkeit zu leben. In diesem Prozess kann Empowerment helfen, den Blick auf verdeckte Ressourcen zu weiten, um so Entlastungsmöglichkeiten zu eröffnen, aber auch Copingstrategien aufzudecken, die der Betroffene sich in seiner Biographie angeeignet hat, die jedoch durch das „Sterbe-Erleben“

---

<sup>48</sup> Wichmann; Wilkening 2010, S. 166.

<sup>49</sup> Vgl. Galuske 1999, S.229 f.

<sup>50</sup> Stark 1996, S. 108, zit. nach Galuske 1999, S. 230.

verdrängt wurden. Es ist also wichtig, dass der Sozialarbeiter zum einen materielle Ressourcen des Familiensystems zu entdecken versucht (mögliche Fragestellungen: wer könnte ihnen bei der Pflege noch helfen? Gibt es noch jemand der gern helfen würde, zum Beispiel Nachbarn, Bekannte und Freunde?), aber auch immaterielle (mögliche Fragestellung: was hat ihnen früher in schwierigen Situationen geholfen? Könnten sie sich vorstellen, dass ihnen das momentan auch helfen könnte?)<sup>51</sup>.

Durch ihre Ausbildung hat Soziale Arbeit die Möglichkeit den Betroffenen, aber auch dessen Angehörigen, vorhandene Ressourcen aufzuzeigen, um mittels Wertschätzung und Anerkennung Ohnmachts-, Abhängigkeits- und Isolationserfahrungen zu vermindern<sup>52</sup>. Empowerment kann also im Hospizbereich die Lebensqualität von Sterbenden und deren Angehörigen erweitern<sup>53</sup>.

### **5.1.2. Case Management im Hospizbereich**

Lowy definiert Case Management wie folgt:

*„Case Management (...) hat die Kernfunktion, den Klienten-Systemen (einzelnen Menschen, Familien und ihren Angehörigen, Kleingruppen und ihren Nachbarn, Freunden usw.) in koordinierter Weise Dienstleistungen zugänglich zu machen, die von ihnen zur Lösung von Problemen und zur Verringerung von Spannungen und Stress benötigt werden.“<sup>54</sup>*

Der Case-Manager soll also vorhandene Ressourcen für den Klienten koordinieren und Netzwerke aktivieren. Dabei muss es nicht nur darum gehen, den Klienten an soziale Dienstleister zu verweisen, sondern der Case-Manager plant den gesamten Hilfeprozess und versucht den Klienten zu befähigen, Hilfe selbstständig anzunehmen. Es ist also notwendig, dass der Professionelle Unterstützungseleistungen im oftmals undurchsichtigen Nebeneinander von sozialen Einrichtungen, für den Klienten erschließt. Falls benötigte Hilfesysteme nicht vorhanden sind, muss der Case-Manager in der Lage sein, Netzwerke

---

<sup>51</sup> Verweisen möchte ich hier auf die Möglichkeit der Genogrammarbeit in der Sterbebegleitung als Medium der Biografiearbeit, welche eine Möglichkeit bietet die verschiedenen Lebensstationen noch einmal zu betrachten und darüber hinaus Stärken der einzelnen Familienmitglieder heraus gefiltert werden können, vgl. Frühauf 2004, S. 21 ff.

<sup>52</sup> Vgl. Behr 2008 S. 51.

<sup>53</sup> Vgl. ebd. S. 52.

<sup>54</sup> Lowy 1988, S.31, zit. nach Galuske 1999, S. 184

aufzubauen. „Das Case Management nimmt sich der Sorge von Menschen und der Aufgabe in ihrer Versorgung in unspezifischer Weise an, um sie gegebenenfalls spezieller, im jeweiligen Fachgebiet zu vertretender Behandlung zuzuführen.“<sup>55</sup> Diese neu geschaffenen Netzwerke sollen sich nicht nur auf soziale Dienste beschränken, sondern auch auf das private Umfeld des Klienten abzielen. So sollen ebenfalls Familie, Freunde und Nachbarschaft für den Hilfeprozess aktiviert werden<sup>56</sup>. Allein diese Ausführungen zeigen, wie geeignet die Methode „Case Management“ für den Hospizbereich ist. Denn oftmals nimmt der ambulante Hospizdienst diese Mittlerfunktion zwischen den verschiedenen Pflegediensten, Ärzten, Krankenversicherungen, Ämtern und Angehörigen ein. Die Methode „Case Management“ gliedert sich in eine Abfolge von Schritten. In der Literatur werden hierzu verschiedene Arbeitsschritte genannt. David Moxley<sup>57</sup> gliedert Case Management wie folgt:

- (a) „assessment“ (Einschätzung, Abklärung)
- (b) „planning“ (Planung)
- (c) „intervention“ (die Durchführung)
- (d) „monitoring“ (Kontrolle, Überwachung)
- (e) „evaluation“ (Auswertung)

Lowy<sup>58</sup> differenziert die Methode nach folgenden Arbeitsschritten:

- (a) „intake“ (Annahme, Einstieg)
- (b) „assessment“ (Einschätzung)
- (c) „intervention“ (gezielter, planmäßiger Einsatz der Dienstleistungen)
- (d) Ausführung des Case Managements
- (e) Kontrolle und Evaluation.

Andere Autoren fügen dem Prozess einen sechsten Schritt, die Entpflichtung („disengagement“ oder „termination“), bei. Der Prozess des Case Managements beginnt jedoch nicht erst mit dem Engagement, sondern mit dem „outreach“. Damit ist gemeint, dass die Arbeit der Hilfsdienste dabei beginnt, sich bei den

---

<sup>55</sup> Wendt 2010, S. 217.

<sup>56</sup> Vgl. Gehrman; Müller 1999, S. 193 f.

<sup>57</sup> Vgl. Moxley 1989, zit. nach: Wendt 2008, S. 112.

<sup>58</sup> Vgl. Lowy 1988, zit. nach Gehrman; Müller 1999, S. 194.

möglichen Hilfeempfängern vorzustellen und für sie erreichbar zu sein. Wichtig ist, dass nicht die Person der Fall ist, sondern das jeweilige Problem oder die Situation ist der Fall<sup>59</sup>.

Im folgenden möchte ich die einzelnen Arbeitsschritte auf den Hospizbereich ableiten:

*(a.) „engagement“*

Das Engagement bedeutet, dass ein Klient von nun an unterstützt wird. Dabei ist es wichtig, eine effektive Arbeitsbeziehung aufzubauen, die auf gegenseitigem Vertrauen basiert. Der Klient wird über die Aufgabe und Arbeitsweise des Hospizdienstes aufgeklärt und wird aktiv in den Hilfsprozess einbezogen.

*(b.) „assessment“*

Beim Assessment geht es vor allem darum, die Lebenslage des Klienten einzuschätzen. Dabei ist es unverzichtbar, dass der Professionelle eine ganzheitliche Perspektive einnimmt. Bei dieser Einschätzung geht es darum, die Probleme des Hilfebedürftigen, aber auch die Ressourcen, zu erkennen, um abzuschätzen, welcher Handlungsbedarf beim Betroffenen, aber auch bei dessen Angehörigen, gegeben ist. So kann beispielsweise hier der Blick auf „Unerledigtes“ geworfen werden. Welche Wünsche hat der Sterbende noch für seine letzte Lebensspanne? Gibt es Dinge, die den Betroffenen belasten und die er noch klären will?

*(c.) Planung*

Bei der Hilfeplanung werden Ziele für den Hilfeprozess festgelegt. Dabei müssen sowohl die Wünsche des Sozialarbeiters, als auch die Wünsche des Klienten zur Sprache kommen. Diese Ziele werden schriftlich in einem Unterstützungsplan festgehalten, der jederzeit von allen Beteiligten eingesehen werden kann. Der schriftliche Plan dient der Überprüfbarkeit.

*(d.) Intervention*

In dieser Phase geht es um die Umsetzung des ausgearbeiteten Unterstützungsplans. Dabei ist es wichtig, dass der Case Manager „neue Beziehungen zu Helfern (connecting)“ knüpft, „vorhandene Bindungen zu Helfern“<sup>60</sup> verbessert und anwaltlich für den Klienten eintritt. So kann beispielsweise ein erster

---

<sup>59</sup> Vgl. Wendt 2010, S. 218.

<sup>60</sup> Gehrman, G.; Müller, K. D. 1999, S. 198.

Kontakt zu ehrenamtlichen Helfern hergestellt werden oder materielle Ressourcen erschlossen werden.

*(e.) „monitoring“*

In diesem Arbeitsschritt geht es darum, dass der Prozess fortlaufend überprüft wird. Zum einen werden die Fortschritte des Klienten kontrolliert, zum anderen geht es darum, dass der Case Manager die Leistungserbringer begutachtet. Außerdem nimmt er Beschwerden des Klienten entgegen und versucht durch eventuelle neue Hilfsangebote den Prozess voranzutreiben.

*(f.) Evaluation und Entpflichtung*

In dieser Phase geht es darum, die „Produkte“ (output) des Hilfsprozesses zu beschreiben und die Ergebnisse (outcome) zu bewerten. Es wird überprüft, was erreicht wurde ist und was nicht.

Außerdem wird in dieser Phase die Ablösung des Klienten vom Case Manager angestrebt. Im Hospizbereich kann zum Beispiel das Angebot eines Abschiedsrituals gemacht werden.

Case Management bietet im Hospizbereich eine Methode, die das oft unüberschaubare Nebeneinander der verschiedenen Hilfsformen, koordiniert. Zu dem gewährt es die Möglichkeit, dass der Betroffene sich mit dem Hilfeprozess, durch die aktive Teilnahme an der Ausarbeitung des Unterstützungsplans, identifiziert. Er gewinnt den Eindruck, dass „sein“ Hilfeprozess ganz individuell auf ihn zugeschnitten ist. Der Hilfesuchende ist maßgebend für den Weg und die Zeit die ein Hilfeprozess in Anspruch nimmt und es darf niemals der Eindruck entstehen, dass ihm eine Entwicklung aufgedrängt wird. Außerdem wird der Selbstwert des Betroffenen gestärkt, in dem er die Erfahrung macht, dass er maßgebend für die Hilfe ist. Diese Einsicht kann das Sterbeerleben positiv beeinflussen, in dem der Schwerkranke erkennt, dass ihm nur die Hilfe zukommt, die er beansprucht. Des weiteren bleibt der Prozess durch die Dokumentation der vereinbarten Ziele stets überprüfbar für alle Angehörigen.

Case Management im Hospizsektor darf aber keinesfalls die Kompetenzen der Betroffenen und der Angehörigen übersteigen. Die Zielvereinbarungen müssen realistisch bleiben, um die Hilfesuchenden nicht zu überfordern. Vielmehr steht im Hospizbereich die Koordinierung der Hilfsdienste im Vordergrund.

### 5.1.3. Klientenzentrierte Gesprächsführung

*„Wenn ich vermeide, mich einzumischen, sorgen die Menschen, für sich selber. Wenn ich vermeide, Anweisungen zu geben, finden die Menschen selbst das rechte Verhalten. Wenn ich vermeide, zu predigen, bessern die Menschen sich selber. Wenn ich vermeide, sie zu beeinflussen, werden die Menschen sie selbst sein.“<sup>61</sup>. (LAOTSE)*

Dieses Zitat fasst die Grundmaximen der Klientenzentrierten Gesprächsführung nach Rogers zusammen. Die Klientenzentrierte Gesprächsführung hat nicht direktiv zu erfolgen und in dem Beratungsprozess steht die Person im Mittelpunkt, nicht die Probleme<sup>62</sup>.

Bei der Anwendung dieser Methode geht es vor allem um drei Grundhaltungen, die der Berater einnehmen muss. Zum ersten ist dies die Variable Akzeptanz. Der Professionelle bietet dem Betroffenen Zuwendung an und ist bereit sich auf den Klienten einzulassen. Diese Bereitschaft ist nicht an Bedingungen geknüpft. Der Berater bringt dem Betroffenen Wertschätzung und emotionale Wärme entgegen<sup>63</sup>. Zum zweiten muss der Berater dem Betroffenen Empathie entgegenbringen. Der Professionelle muss versuchen sich in den Klienten einzufühlen, um dessen Sinnzusammenhänge zu verstehen. Nach Rogers bedeutet Empathie, dass der Professionelle „die private Wahrnehmungswelt des anderen betritt und völlig in ihr heimisch wird“<sup>64</sup>. Zum dritten muss der Professionelle „echt“ sein. Das bedeutet, dass er offen und ehrlich sein muss. Er muss sich kongruent seinem Selbst gegenüber verhalten, nur so kann der Klient Vertrauen in den Sozialarbeiter gewinnen. Diese drei Grundhaltungen sind Einstellungen des Beraters und nicht erlernbar. Trotzdem gibt es zahlreiche Techniken, die die Anwendung der Klientenzentrierten Beratung erleichtern sollen. Beispielhaft wird hier auf das Spiegeln eingegangen, da es sich dabei um eine „Technik“ handelt, die sich gerade im Umgang mit Sterbenden und deren Angehörigen als hilfreich erweisen kann, um beispielsweise verdeckte Konflikte zu offenbaren. Beim einfühlsamen Spiegeln kommt es vor allem darauf an, gefühlsnahe und

---

<sup>61</sup> zit. nach Galuske 1999, S. 166.

<sup>62</sup> Vgl. Galuske 1999, S. 166.

<sup>63</sup> Vgl. Seithe 2008, S. 64.

<sup>64</sup> Vgl. ebd..

gefühlsbetonte Äußerungen des Betroffenen wiederzugeben (Beispiel: Betroffene: „Was meinen Sie: Sollte ich das mit meinem Mann besprechen?“ Sozialarbeiter: „Sie wünschen sich einerseits eine Aussprache, aber Sie haben auch Angst davor.“). Das Spiegeln gibt somit dem Betroffenen die Möglichkeit einen Zugang zu seiner Gefühlswelt zu bekommen. Durch das Spiegeln können keine Sachverhalte unter den „Beratungstisch“ fallen. Jeder Berater hat seinen subjektiven Bewertungsrahmen, jeder Mensch empfindet verschiedene Sachverhalte anders. Dadurch entsteht im Beratungsprozess die Gefahr, dass der Klient die Problemdefinition des Professionellen oktroyiert bekommt. Indem der Berater aber die Äußerungen des Klienten genau spiegelt, kann der Professionelle dessen Probleme erkennen und es besteht keine Gefahr, dass für den Klienten wichtige Aspekte ausgelassen werden. Des weiteren soll der Berater nachfragen, im Falle, dass er sich nicht sicher ist, wie eine Äußerung des Klienten einzuordnen ist (Beispiel: Betroffener: „Wenn ich nur ans Sterben denke, packt mich die Angst.“ Sozialarbeiter: „Was genau macht Ihnen Angst?“ und im folgenden Schritt: „Was könnten wir tun, um diese Angst zu mildern beziehungsweise was könnten Sie sich vorstellen, was Ihnen gut tut?“).

Die Klientenzentrierte Beratung bietet im Hospiz den Betroffenen die Möglichkeit zur Selbsterkenntnis, Selbstanalyse und Selbstentfaltung. Gerade im Sterbeprozess werden viele Gefühle verleumdet und übergangen, so können beispielsweise Schuldgefühle die Beziehung zwischen Angehörigen und Betroffenen belasten (Beispiele: Betroffene „Jetzt lasse ich meine Familie mittellos zurück. Nur durch mich haben sie den ganzen Ärger.“, Angehöriger „Ich kann ihn nicht gut genug pflegen, es wird mir alles zuviel. Nur wegen meiner Unzulänglichkeit muss er ins Hospiz und kann nicht zu Hause sterben.“). Dergleichen Probleme können eine Beziehung belasten und gerade im Sterbeprozess können solche Konstellationen dazu führen, dass der Betroffene nicht gut mit dem Leben abschließen kann. So berichten Professionelle von einem Sterbekampf, falls belastende Konflikte nicht geklärt werden können<sup>65</sup>. Des weiteren kann es durch solch ungeklärte Konflikte dazu kommen, dass Angehörige nicht „gut“ in

---

<sup>65</sup> Vgl. Kübler-Ross 2009, S. 291 f.

den Trauerprozess starten können und so häufig der Weg in die pathologische Trauer führt<sup>66</sup>.

Die Klientenzentrierte Gesprächsführung bietet dem Betroffenen die Möglichkeit seine Gefühle zu äußern und zu eigenen Lösungen zu kommen.

Natürlich ist diese Methode nicht in allen Fällen geeignet. So muss der Sozialarbeiter abwägen, wann er diese „Technik“ anwenden kann. Beispielsweise ist sie nicht adäquat, wenn der Betroffene oder seine Angehörigen Angaben zu Bestattung oder Pflegemöglichkeiten benötigen.

## **5.2. Einbindung der Sozialen Arbeit in die Hospizarbeit in Sachsen**

### **5.2.1. Vorgehen**

Im Zeitraum von Juni bis August 2010 habe ich die ambulanten Hospizdienste, die stationären Hospize, die Kinderhospizdienste und das Tageshospiz in Sachsen zu der Einbindung der Sozialen Arbeit in ihren Tätigkeitsbereich befragt. Ziel dieser Felderkundung war es, herauszustellen inwieweit die Soziale Arbeit Eingang in den Hospizsektor in Sachsen gefunden hat, um einerseits zu überprüfen, ob die Aussage von Student aus dem Jahr 2007, dass der Anteil der Sozialarbeiter in hospizlichen Einrichtungen wächst, aber dass diese in Führungspositionen nach wie vor unterrepräsentiert sind<sup>67</sup>, heute noch Aktualität im Freistaat Sachsen besitzt. Zum anderen zielte die Befragung darauf ab den „Arbeitsmarkt Hospiz“ im Freistaat Sachsen für Sozialarbeiter zu beleuchten, um Arbeitsplatzchancen im Hospizbereich bewerten zu können. Die Befragung wurde mittels persönlichen Vorsprachen, E-Mails und Telefonaten durchgeführt<sup>68</sup>.

Zu folgenden Ergebnissen bin ich gekommen:

---

<sup>66</sup> Vgl. Kast 1999, S. 108 ff.

<sup>67</sup> Vgl. Student, Mühlum, Student 2007 S. 148. Da von 2007 keine Daten vorliegen kann das Wachstum der Sozialarbeiter im Hospizbereich in Sachsen nicht dokumentiert werden, ich beschränke mich lediglich darauf zu untersuchen, ob Soziale Arbeit Eingang in den Hospizsektor bekommen hat.

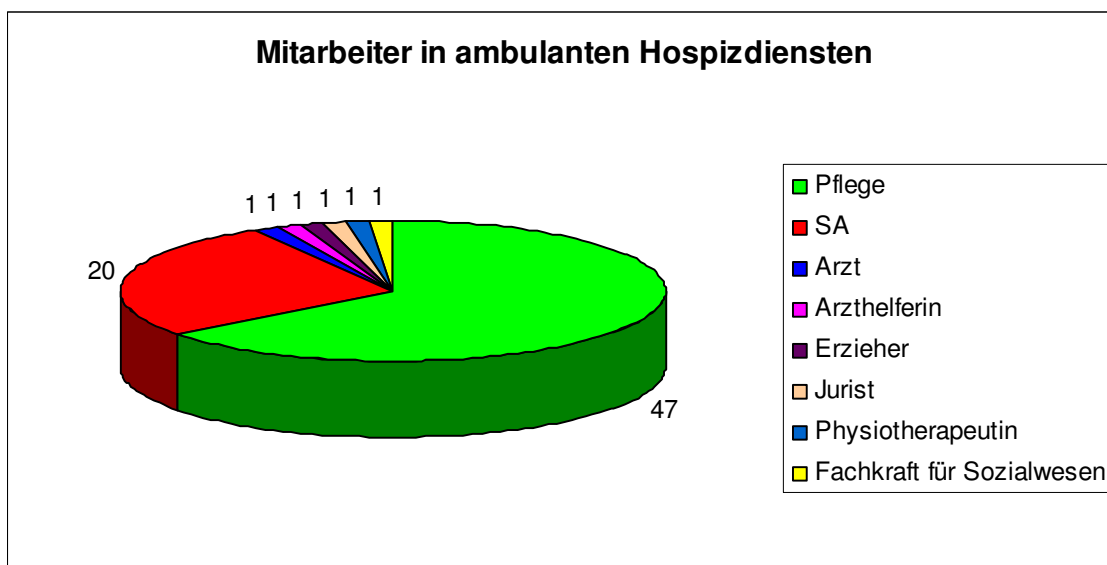
<sup>68</sup> Anlage 1: Aufstellung des Landesverbands für Hospizarbeit und Palliativmedizin Sachsen e.V. über die Hospiz- und Palliativmedizin in Sachsen, Stand September 2009, und E-Mail Verzeichnis.



### 5.2.1. Ergebnisse für den ambulante Hospizbereich

Insgesamt existieren nach Angaben des Landesverbands für Hospizarbeit und Palliativmedizin im Freistaat Sachsen derzeit 43 ambulante Hospizdienste. Durch meine Befragung wurde jedoch deutlich, dass zwei Hospizdienste<sup>69</sup> rein ehrenamtlich geführt werden. Diese Einrichtungen konnten deshalb für die Befragung nicht in Betracht kommen.

Abbildung 4:



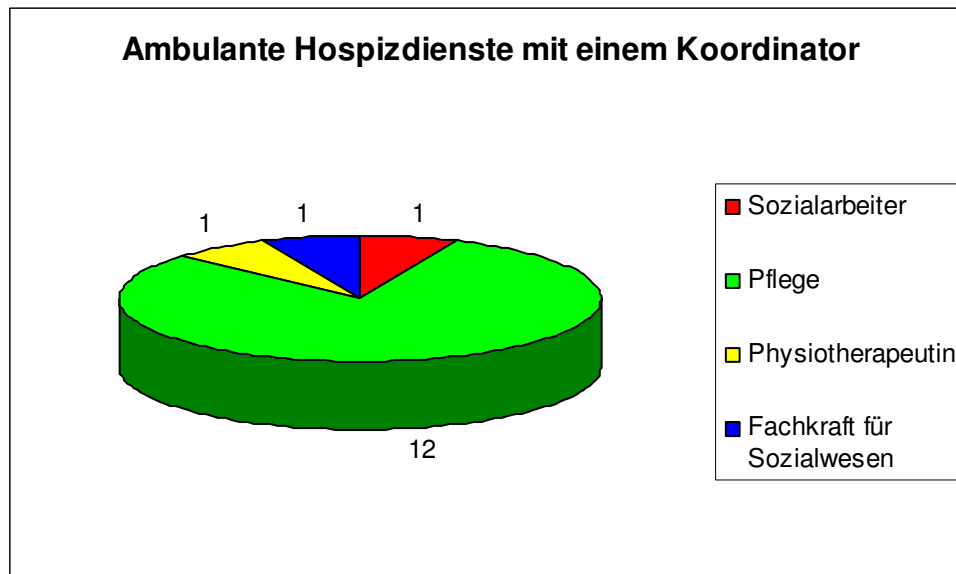
In den ambulanten Diensten arbeiten insgesamt 72 Angestellte. Davon sind 47 Mitarbeiter (65,28%) aus dem pflegerischen Bereich<sup>70</sup> angestellt. Demgegenüber stehen 20 Sozialarbeiter (27,78%) die im ambulanten Hospizdienst in Sachsen tätig sind. Ausnahmen bilden lediglich eine Ärztin, eine Arzthelferin, eine Physiotherapeutin, eine Erzieherin, ein Jurist und eine Fachkraft für Sozialwesen. Insgesamt kommen lediglich 8,33% der Angestellten nicht aus der Sozialen Arbeit oder dem pflegerischen Bereich.

Festzuhalten ist, dass die Soziale Arbeit in Sachsen Eingang in den ambulanten Hospizbereich gefunden hat, jedoch gegenüber der Pflege deutlich unterrepräsentiert ist.

<sup>69</sup> Ökumenische Hospizdienst Döbeln und der Hospizverein „Lebensbaum“ in Oelsnitz.

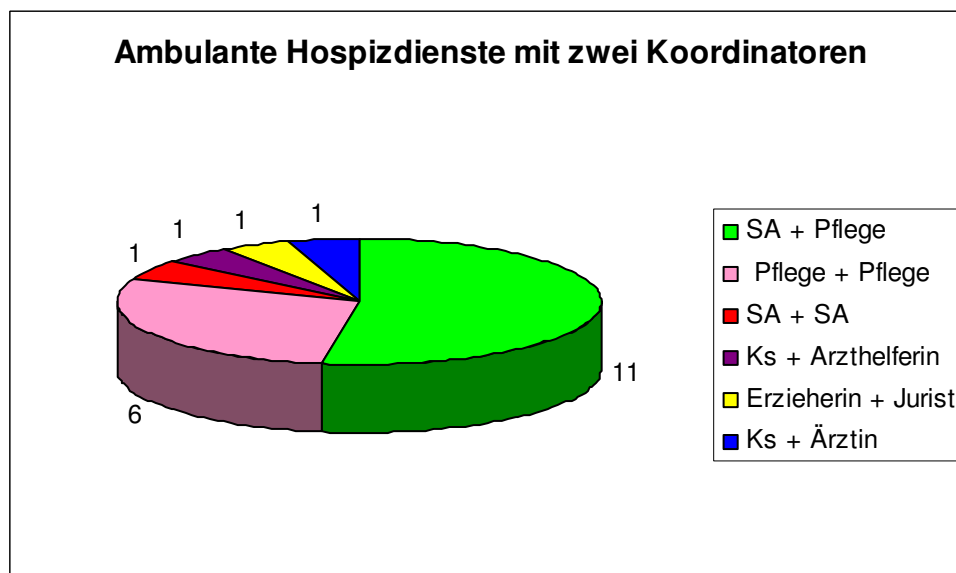
<sup>70</sup> Krankenschwester oder Altenpflegerin.

Abbildung 5:



In 15 ambulanten Hospizdiensten (36,59% der ambulanten Hospizdienste in Sachsen) arbeitet nur ein Koordinator. Zwölf dieser Koordinatoren (80%) kommen aus dem pflegerischen Bereich. Lediglich ein Mitarbeiter ist Sozialarbeiter, eine Koordinatorin ist Physiotherapeutin und eine Koordinatorin ist Fachkraft für Sozialwesen.

Abbildung 6<sup>71</sup>:



In 21 ambulanten Hospizdiensten (51,22%) arbeiten zwei Koordinatoren. In elf dieser Einrichtung (52,38%) kooperiert davon eine Pflegefachkraft mit einem Sozialarbeiter. In sechs Hospizdiensten (28,57%) arbeiten zwei Koordinatoren aus

<sup>71</sup> Ks = Krankenschwester.

dem pflegerischen Bereich zusammen. Ausnahmen bilden ein Hospizdienst in dem zwei Sozialarbeiter kooperieren, eine ambulante Einrichtung in der eine Krankenschwester und eine Arzthelferin zusammenarbeiten, ein ambulanter Hospizdienst in dem eine Krankenschwester und eine Ärztin wirken und eine Einrichtung in der ein Jurist und eine Erzieherin als Koordinatoren beschäftigt sind.

In fünf ambulanten Hospizdiensten (12,20%) in Sachsen arbeiten mehr als zwei Koordinatoren. In jedem dieser Dienste arbeitet ein Sozialarbeiter.

### **5.2.2. Weitere Ergebnisse**

In Sachsen gibt es derzeit sechs stationäre Hospizdienste. In fünf (83,33%) von diesen Institutionen ist ein Sozialarbeiter vertreten.

Es gibt sechs Kinderhospize in Sachsen. Fünf Einrichtungen sind ambulanter Natur und ein Hospiz ist stationär. In dem stationären Kinderhospiz und in zwei ambulanten Kinderhospizeinrichtungen ist ein Sozialarbeiter beschäftigt.

In Sachsen existiert ein Tageshospiz in dem ein Sozialarbeiter beschäftigt ist.

### **5.2.3. Fazit der Befragung**

#### *Ambulanter Bereich*

Festzuhalten ist, dass die Soziale Arbeit im ambulanten Hospizsektor vertreten ist. Jedoch kommen nahezu zwei Drittel der Angestellten im ambulanten Hospizbereich aus der Pflege. Zu beachten ist vor allem der hohe Anteil (80%) an ambulanten Hospizeinrichtungen mit lediglich einem Koordinator, der von Pflegefachkräften besetzt ist. Demnach ist Soziale Arbeit in Führungspositionen im ambulanten Hospizsektor deutlich unterrepräsentiert. Es scheint, dass Sozialarbeiter gern als „Zusatz“- Koordinator eingesetzt werden, so arbeiten in mehr als der Hälfte der Stellen mit zwei Koordinatoren, ein Sozialarbeiter mit einer Pflegefachkraft zusammen und in Einrichtungen mit mehr als zwei Koordinatoren wirkt immer ein Sozialarbeiter. Students Aussage, dass Sozialarbeiter „in Schlüsselpositionen (...) unterrepräsentiert“<sup>72</sup> sind, lässt sich auf die Soziale Arbeit im ambulanten Hospizbereich in Sachsen übertragen.

---

<sup>72</sup> Student, Mühlum, Student 2007, S. 148.

### *Stationärer Bereich*

Im stationären Bereich zeigt sich, dass man die Eignung der Sozialen Arbeit für die Begleitung sterbender Menschen erkannt hat. Fraglich bleibt jedoch, in wie weit diese Sozialarbeiter im stationären Bereich Führungspositionen für sich beanspruchen können. Diese Frage wäre interessant zu erforschen, sprengt jedoch den Rahmen dieser Arbeit.

### *Kinderhospiz*

Soziale Arbeit ist in der Hälfte der Kinderhospizdienste in Sachsen vertreten. Fraglich bleibt jedoch, ob dies gerade in dem diffizilen Arbeitsfeld, der Begleitung sterbender Kinder und deren Angehörigen, ausreicht

Deutlich wurde, dass Soziale Arbeit in der Hospizarbeit in Sachsen vertreten ist. Neben den Pflegefachkräften ist sie die meist vertretene Profession im Hospizsektor. Dieser Umstand ist bemerkenswert und zeigt, dass die Eignung der Sozialen Arbeit für die Arbeit mit schwerkranken Menschen anerkannt wird.

## **5.3. Tätigkeitsprofil für Hospizsozialarbeit**

Das Aufgabenspektrum der Hospizarbeit ist so umfassend, dass es nur von zahlreichen sehr unterschiedlichen Professionen bewältigt werden kann. Soziale Arbeit muss eine dieser Professionen sein. Im Folgenden wird ein Tätigkeitsprofil eines Hospizsozialarbeiters vorgestellt. Dieses basiert auf dem nordrhein-westfälischen Qualitätskonzept „Maßstäbe für die Soziale Arbeit im Hospiz- und Palliativbereich“ und den Ausführungen von Student in dem Buch „Soziale Arbeit in Hospiz und Palliativ Care“.

### **5.3.1. Psychosoziale Begleitung der Betroffenen**

*„Sie sind wichtig, weil Sie eben Sie sind. Sie sind bis zum letzten Augenblick Ihres Lebens wichtig, und wir werden alles tun, damit Sie nicht nur in Frieden sterben, sondern auch bis zu letzt leben können.“ (Cicely Saunders)*

Im Mittelpunkt allen sozialarbeiterischen Handelns im Hospiz stehen der Sterbende Mensch in seiner Individualität und dessen Angehörige. Dabei geht es

vor allem darum den Betroffenen in seiner Ganzheit zu sehen, also seine Biografie als Lebensgeschichte anzuerkennen und das örtliche, soziale und gesellschaftliche Lebensumfeld einzubeziehen<sup>73</sup>.

Im Gespräch mit dem Betroffenen signalisiert der Sozialarbeiter, dass er „da ist“ und den Weg mit dem Schwerkranken gehen will. Ambivalente Gefühle des Klienten werden anerkannt und er bekommt die Möglichkeit bei dem Professionellen alle Gefühle – positive, wie auch negative - anzusprechen. Der Sozialarbeiter wertet diese nicht, sondern weiß um die befreiende Wirkung des offenen Gesprächs. Über diesen Dialog soll eine vertrauensvolle Beziehung aufgebaut werden, die es erlaubt, dass der Betroffene ehrlich zu dem Berater sein kann und seine Ängste und destruktiven Gefühle äußern kann. Es ist nötig, dass der Professionelle dem Betroffenen Zeit und Raum gibt, sein Leben zu bilanzieren, um darüber hinaus vielleicht neue Bewusstseins- und Handlungsmöglichkeiten im Leben des Betroffenen zu integrieren. Denn auch im Sterbeprozess können neue Copingstrategien entwickelt werden, beziehungsweise erworbene Bewältigungsstrategien gestärkt werden.

Genauso wichtig kann es aber sein, dass der Professionelle „nur“ da ist und den Sterbeprozess mit trägt. So ist es manchmal wichtiger mit dem Betroffenen schweigen zu können oder ihm „nur“ zu zuhören. So beschreibt schon Michael Ende die heilende Wirkung des Zuhörens in seinem Buch „Momo“:

*„Was die kleine Momo konnte wie kein anderer, das war: Zuhören. Das ist nichts besonderes (...) zuhören kann doch jeder. Aber das ist ein Irrtum. Wirklich zuhören können nur ganz wenige Menschen (...). Momo konnte so zuhören, dass dummen Leuten plötzlich sehr gescheite Gedanken kamen (...), dass ratlose oder unentschlossene Leute auf einmal ganz genau wussten, was sie wollten. Oder dass Schüchterne sich plötzlich frei und mutig fühlten. Oder dass Unglückliche und Bedrückte zuversichtlich und froh wurden.“<sup>74</sup>*

Es ist also notwendig dem Betroffenen den Raum zu geben, über Themen wie Tod und Sterben oder Lebenssinn zu sprechen. Gleichsam muss der

---

<sup>73</sup> Vgl. Mennemann 1998, S. 190.

<sup>74</sup> Ende, zit. nach Pieper 2001, S. 51.

Professionelle es aushalten können, dass es auf manche Fragen keine Antwort gibt.

Außerdem ist es notwendig, den Betroffenen in seiner Selbstbestimmung zu bestärken und die, während des Krankheitsverlaufs „erlernte Hilflosigkeit“<sup>75</sup>, aufzuheben.

Der Sozialarbeiter kann im System der Familie eine Mittlerfunktion einnehmen und vorhandene Kommunikationsbarrieren, versuchen zu überwinden. Oftmals sind Betroffene aber auch Angehörige von ambivalenten Gefühlen geprägt, die sie aus Rücksicht auf die Gefühle des anderen nicht verbalisieren. Beispielsweise haben Angehörige oft das Gefühl „allein“ gelassen zu werden und das der Betroffene sie im „Stich lässt“. Dergleiche Gefühle beeinflussen das Beziehungsgefüge und können dazu führen, dass sich die Angehörigen schon vor dem Tod von dem Betroffenen zurückziehen. Dieser erleidet somit den sozialen Tod noch vor seinem eigentlichen Ende. Dieser Tendenz muss der Professionelle unbedingt vorbeugen. Er muss eine offene Kommunikation zwischen Betroffenen und Angehörigen fördern, um die Vereinsamung des Betroffenen zu verhindern. Denn jeder Sterbende hat die Angst im Sterben allein zu bleiben, auch wenn am Ende des Lebens das Bedürfnis nach Ruhe und Schlaf sehr hoch ist<sup>76</sup>.

Wichtig ist es, dass die Sterbephase als letzte Zeit des Lebens begriffen wird. Der Sozialarbeiter muss sich bemühen heraus zu finden, ob der schwerkranke Mensch letzte Wünsche hat, die man ihm erfüllen kann. So berichtete mir eine Mitarbeiterin eines ambulanten Hospizdienstes von einer Weihnachtsfeier im November für eine Dame, die wusste, dass sie das nächste Weihnachtsfest nicht mehr erleben würde. Die Tätigkeit in einem Hospiz erfordert ein gewisses Maß an Ideenreichtum und Aufopferungsbereitschaft, um Betroffenen solch letzte Wünsche erfüllen zu können, die es ihm ermöglichen den Lebenskreis angemessen zu schließen.

Hier kommt das sozialarbeiterische Prinzip der Lebensweltorientierung zum Tragen<sup>77</sup>. Dem Sozialarbeiter gelingt es den Klient in seiner Ganzheitlichkeit

---

<sup>75</sup> Student 2007, S. 101.

<sup>76</sup> Vgl. Kulbe 2008, S. 27

<sup>77</sup> Vgl. Thiersch 1993, S. 11-28.

wahrzunehmen, durch seinen Blick auf die individuellen Lebensumstände des Betroffenen.

Soziale Arbeit im Hospiz hat immer auch eine vernetzende Funktion. So versucht die Profession stets den Betroffenen die Hilfe zukommen zu lassen, die sie benötigten.

### **5.3.2. Psychosoziale Begleitung der Angehörigen**

*„Man kann Weinenden nicht die Tränen abwischen, ohne sich selbst die Hände nass zu machen.“ (Südafrikanisches Sprichwort)*

Die Hospizbewegung betrachtet den Menschen immer in seiner Ganzheitlichkeit und hat erkannt, dass es dem Betroffenen nur gut gehen kann, wenn für seine Angehörigen gut gesorgt ist. In manchen Sterbebegleitungen kann es also durchaus vorkommen, dass vor allem die Angehörigen psychosoziale Unterstützung benötigen.

Dabei ist es zum einen wichtig, dass der Professionelle die Angehörigen beispielsweise über die Sterbephasen, Möglichkeiten der Bestattung oder rechtliche Aspekte nach dem Tod des Betroffenen aufklärt. Diese Auskünfte können es dem Angehörigen erleichtern, die Stimmungsschwankungen des Schwerkranken zu verstehen und die letzte Zeit des Lebens gemeinsam zu nutzen. Zum anderen muss der Sozialarbeiter ein ständiger Ansprechpartner für die Sorgen und Nöte des Angehörigen sein. Dabei ist es wichtig, dass der Professionelle weiß, dass der Angehörige einen Abschieds- beziehungsweise Trauerprozeß durchlebt, der den Phasen des Sterbeprozesses ähnlich ist<sup>78</sup>. Dieser Prozess beginnt nicht erst mit dem Tod der betroffenen Person, sondern schon mit der Prognose über den nahenden Tod. Man spricht von antizipatorischer Trauer.

Der Sozialarbeiter muss stets die Belastungssituation der Angehörigen angemessen einschätzen und versuchen Ressourcen zu entdecken, um Überlastung zu vermeiden. Dies kann zum Einen bedeuten weitere Hilfsmöglichkeiten in den Prozess einzubeziehen, beispielsweise einen ambulanten Pflegedienst oder ein Brückenteam zu berücksichtigen. Zum anderen kann es aber auch sein, dass

---

<sup>78</sup> Nähere Auskünfte unter 5.3.4. Trauerbegleitung.

der Betroffene in ein stationäres Hospiz oder eine andere stationäre Einrichtung eingewiesen werden muss. Falls dies der Fall sein sollte, muss der Angehörige in seiner Entscheidung unbedingt unterstützt werden. Der Sozialarbeiter muss signalisieren, dass der Angehörige nur „hilfreich“ für den Betroffenen ist, wenn er nicht überlastet ist. Solche Überlastungssituationen sind gegebenenfalls zu umgehen, in dem man Angehörige über den Sterbeprozess genau aufklärt und ihnen aufzeigt, welche Symptome (beispielsweise das „Todesrasseln“) auftauchen können. Diese Informationen können den Angehörigen die Angst vor dem nahenden Tod des Schwerkranken etwas nehmen und somit die überstürzte Krankenhauseinweisung kurz vor dem Tod des Klienten vermeiden. Hilfreich kann es ebenfalls sein, für die letzten Tage eine Sitzwache von ehrenamtlichen Hospizhelfern zu organisieren, damit die Angehörigen nicht allein mit der schwierigen Situation sind. Außerdem gibt es die sogenannte Brückenpflege, die im Notfall verständigt werden kann und den Angehörigen einen „Notfallkoffer“ zur Verfügung stellt, der eine Krankenhauseinweisung verhindern kann<sup>79</sup>. Denn ein großes Ziel der Hospizbewegung ist es, den Betroffenen ein Sterben im eigenen Zuhause zu ermöglichen.

In der Arbeit mit den Angehörigen kommt der systemische Ansatz zur Geltung. Der Sozialarbeiter betrachtet den Betroffenen und seine Angehörigen als ein System und weiß, dass Veränderungen in diesem System sich auf alle Beteiligten auswirken. Demzufolge weiß er von der Krisenhaftigkeit des Sterbegeschehens für alle Betroffenen.

### **5.3.3. Sozialrechtliche Information und Beratung**

Eine wichtige Aufgabe des Sozialarbeiters ist es, die Betroffenen und die Angehörigen in allen sozialrechtlichen Fragen umfassend zu beraten. Denn nur wenn man die existenzielle Grundabsicherung geklärt hat, kann man mit den Betroffenen über psychische Prozesse, wie Ängste, Wünsche und Trauer ins Gespräch kommen<sup>80</sup>.

Bei der sozialrechtlichen Beratung kann es zum einen darum gehen, die Betroffenen über mögliche materielle Hilfequellen aufzuklären, zum anderen kann es

---

<sup>79</sup> In einem Vortrag der ‚Brücke‘ Chemnitz wurde für 2009 Bilanz gezogen: man hat 234 Fälle betreut und in 75% aller Fälle konnte man eine Krankenhauseinweisung vermeiden.

<sup>80</sup> Vgl. Fülbiel 2006, S. 1291.



notwendig sein, die Betroffenen bei der Antragstellung zu unterstützen, sowie mit den beteiligten Ämtern zu verhandeln.

Für diese Tätigkeit ist es notwendig Kenntnisse folgender Gesetze zu haben: Grundsicherung für Arbeitssuchende (SGB II), gesetzliche Krankenversicherung (SGB V), gesetzliche Rentenversicherung (SGB VI), Kinder- und Jugendhilfe (SGB VIII), soziale Pflegeversicherung (SGB XI), Sozialhilfe (SGB XII) und dem Bürgerliches Gesetzbuch (BGB). Dieses Verständnis erlangt der Sozialarbeiter während seines Studiums.

### 5.3.4. Trauerbegleitung

*„Wir können die Vögel der Trauer nicht hindern, dass sie über unserem Haupt kreisen, aber wir können ihnen verwehren, dass sie in unseren Haaren Nester bauen.“ (Chinesische Weisheit)*

Eine wichtige Aufgabe ist die Trauernachsorge. Die Angehörigen werden nach dem Versterben der betroffenen Person nicht allein gelassen, sondern die Fürsorge besteht aus hospizlicher Sicht über den Tod des Betroffenen hinaus.

Für die Betreuung der Trauernden ist es notwendig Einblick in den Verlauf des Trauerprozesses zu haben. Verena Kast identifiziert vier Trauerphasen, die den Sterbephasen nach Kübler-Ross ähnlich sind. Diese beginnen aber nicht erst mit dem Verlust des Mitmenschen, sondern mit der Diagnosemitteilung, dass der Betroffene unheilbar erkrankt ist. Die erste Phase ist die des „Nicht-wahrhaben-Wollens“<sup>81</sup>, die sich durch Verdrängung der Wahrheit auszeichnet. Auf diese Phase folgt die Zeit der „Aufbrechenden Emotionen“<sup>82</sup>, die durch heftige Gefühlsausbrüche gekennzeichnet ist. Danach kommt die Phase „des Suchens, Findens und Sich-Trennens“<sup>83</sup>. In dieser Zeit steht die Beziehung zum Mitmenschen im Mittelpunkt und es wird versucht verbleibende Zeit zu nutzen. Die letzte Phase ist die Zeit des „neuen Selbst- und Weltbezuges“<sup>84</sup>. Nun wird der Verlust akzeptiert und man ist bereit sich neue Rollen anzueignen und sich auf neue Beziehungen einzulassen.

---

<sup>81</sup> Vgl. Kast 1999, S. 71 f.

<sup>82</sup> Vgl. ebd., S. 73 – 78.

<sup>83</sup> Vgl. ebd., S. 78 – 83.

<sup>84</sup> Vgl. ebd., S. 83 – 90.

Soziale Arbeit weiß um die erhöhte Vulnerabilität in der Trauerzeit und bleibt deshalb Ansprechpartner für die Hinterbliebenen. Darüber hinaus implementiert der Professionelle Angebote der Trauernachsorge die vorzugsweise am Gemeinwesen orientiert sind, um der Vereinsamung der Angehörigen vorzubeugen und eine Möglichkeit zu bieten, neue soziale Kontakte zu knüpfen. Denkbar sind dabei offene Trauertreffs, wie zum Beispiel Trauercafès, oder Gesprächsrunden von Trauernden. Ziel dieser Treffen ist es, dass die Hinterbliebenen eine Möglichkeit haben über das Leben des Verstorbenen zu reflektieren und darüber hinaus neue Lebensentwürfe für sich formieren können.

Ein aktiver Trauerprozess hat eine gesundheitsprophylaktische Auswirkung<sup>85</sup> und wird durch die Soziale Arbeit im Hospiz angestrebt. Darüber hinaus vermittelt der Professionelle auch weitere Hilfen, falls dies notwendig wird.

### **5.3.5. Auswahl, Befähigung und Anleitung der ehrenamtlichen Mitarbeiter**

*„Der Geist wird reich durch das, was er empfängt, das Herz durch das, was es gibt.“ (Victor Hugo)*

Die Hospizbewegung lebt durch das ehrenamtliche Engagement. Soziale Arbeit hat im Hospizbereich die Aufgabe, Menschen für die ehrenamtliche Beschäftigung im Hospiz zu gewinnen. Durch diese Aufgabe erfüllt der Professionelle ein Ziel der Hospizbewegung. Ehrenamtliche Mitarbeiter tragen dazu bei, dass die Tabuthemen „Sterben und Tod“ in die Gesellschaft getragen werden. Darüber hinaus muss der Professionelle Befähigungskurse für diese Hospizhelfer durchführen, um die Engagierten optimal auf die Begleitung Sterbender vorzubereiten. Des weiteren ist der Koordinator verpflichtet den Einsatz dieser Helfer zu planen und eine Vernetzung von Haupt- und Ehrenamt anzustreben. Im Hospizbereich gibt es „patientennahe“ Aufgaben (Sterbebegleitung, Sitzwache, Trauerbegleitung) und „patientenferne“ Tätigkeiten (Öffentlichkeitsarbeit, Telefondienst). Der Sozialarbeiter muss entscheiden, welche Personen für die jeweiligen Tätigkeiten in Frage kommen. Dabei muss er immer die Psychohygiene der ehrenamtlichen Hospizhelfer im Blick haben. Es ist notwendig, dass die

---

<sup>85</sup> Vgl. Fülbier 2006, S. 1293.

Helfer immer einen Ansprechpartner bei Sorgen und Problemen haben, dass sie Aufgaben möglicherweise delegieren können, dass sie die Chance zu Fallbesprechung und Supervision haben und, dass eine Krisenintervention angeboten wird.

### **5.3.6. Öffentlichkeitsarbeit, Gremienarbeit, Dokumentation und Evaluation**

Hospizarbeit will die Themen „Sterben und Tod“ zurück ins öffentliche Bewusstsein holen. Dafür ist es notwendig, dass Soziale Arbeit für die Tätigkeit des Hospizdienstes „wirbt“ und den Tätigkeitsbereich „Hospiz“ in die Öffentlichkeit bringt. Zum einen ist dies notwendig um Spenden für die Hospizarbeit zu mobilisieren und zum anderen kann nur so für eine flächendeckende Versorgung Sterbender gesorgt werden.

Die Mitarbeit in Gremien kann dafür sorgen, dass Aufgaben- und Kompetenzprofil von Hospizsozialarbeit in die fachliche Diskussion implementiert wird. Nur so kann Soziale Arbeit zu einem integralen Bestandteil von Hospizarbeit werden.

Wichtiger Bestandteil jeglicher Sozialer Arbeit ist die Evaluation und Dokumentation der geleisteten Arbeit. Diese muss nach qualitativen und quantitativen Ergebnissen bewertet werden. Im Hospiz kommt dieser Aufgabe ein besonderes Augenmerk zu, da Soziale Arbeit noch kein fester Bestandteil im Hospiz ist. Für eine „gute Praxis“ ist es notwendig Qualitätskriterien für Soziale Arbeit im Hospiz zu entwickeln, um somit zu beweisen, dass die Profession die Fachlichkeit und die Kompetenz hat das Hospizteam lohnend zu ergänzen oder aber das Hospizteam zu führen.

## **6. Fazit**

In Sachsen ist die Soziale Arbeit im Hospizbereich angekommen. Jedoch ist sie gegenüber den pflegerischen Berufsgruppen noch deutlich unterrepräsentiert. Demgegenüber steht jedoch die Wichtigkeit der psychosozialen Begleitung in der Hospizarbeit. Kann eine Pflegefachkraft diese ausreichend leisten? Wird

diese in ihrer Ausbildung darauf vorbereitet, ehrenamtliche Mitarbeiter zu schulen und kann sie adäquate Hilfestellung geben, im Falle dass in einem dieser Befähigungskurse ein Trauerereignis eines ehrenamtlichen Mitarbeiters wieder „aufbricht“? Hier kann auf diese Fragen keine fachlich fundierte Antwort gegeben werden, jedoch kann gezeigt werden, dass Soziale Arbeit dies kann.

Durch ein Studium der Sozialen Arbeit erwirbt sich der Professionelle die fachliche Kompetenz in einem Hospiz tätig zu sein. Seine Fachlichkeit muss durch weitere Fortbildungen unterstützt werden. So muss er beispielsweise weitere Kenntnisse über den medizinisch-pflegerischen Bereich der Palliative Care erwerben, um Betroffene umfassend zu beraten. Außerdem muss der Sozialarbeiter sich die selbstreflexive Auseinandersetzung mit Sterben und Tod erarbeiten, um kompetent im Hospiz mitarbeiten zu können.

Viele der bei dem Studium erlernten Methoden und Theorien, finden in der Sterbebegleitung ihre Anwendung. So sind wie erwähnt Empowerment, Case Management, die Methoden der Gesprächsführung, der systemische Ansatz, die Lebensweltorientierung und das Prinzip der Ganzheitlichkeit, Methoden die in der Hospizarbeit eine Anwendung finden können. So kann aus einer Vielzahl von Methoden gewählt werden, um auf die Individualität der Betroffenen und der Angehörigen einzugehen. Sozialarbeiter können die psychosoziale Betreuung der Betroffenen und die der Angehörigen besser absichern, als medizinisch dominierte Berufsgruppen<sup>86</sup>. Es ist notwendig, dass die Profession dies erkennt und mehr Selbstbewusstsein entwickelt, um auch im Führungsbereich der Hospizbewegung anzukommen. Soziale Arbeit kann auch bei diesem letzten Lebensübergang Hilfestellung, wie auch bei allen anderen Lebenskrisen, geben. Darüber hinaus müssen Ergebnisse der Hospizsozialarbeit dokumentiert und evaluiert werden, um aufzuzeigen, dass die Profession eine unverzichtbare Ergänzung für die Hospizarbeit darstellt. Dafür ist es notwendig, dass Soziale Arbeit Qualitätskriterien für die Arbeit im Hospiz entwickelt, so dass Professionelle einen Handlungsrahmen haben. Außerdem muss Soziale Arbeit ihr Kompetenzprofil schärfen, um zu beweisen, dass sie kompetente Koordinatoren im Hospizbereich sind. Dafür ist es notwendig die Auseinandersetzung mit Sterben

---

<sup>86</sup> Vgl. Student 2007, S. 151.

und Tod in die grundständige Ausbildung zu übernehmen und die Spezialisierung und Professionalisierung in Richtung Hospizsozialarbeiter in die Weiterbildungscurricula zu übernehmen<sup>87</sup>.

## **6. 1. Abschließende Würdigung**

Abschließen möchte ich meine Arbeit mit zwei Gedanken, die meiner Meinung nach das Ergebnis dieser Arbeit zusammen fassen:

„...an die Adresse der Sozialarbeit gerichtet, der Wunsch, ihre Mitwirkung dem Hospiz nicht zu entziehen. Denn die Hospizarbeit droht zu verarmen, wenn sich die Sozialarbeit verweigert. Außerdem sollte Soziale Arbeit mehr Selbstbewusstsein entwickeln, sollte ihre Kompetenzen beweisen und zu ihrer beruflichen Identität stehen, wenn sie dem Hospizbereich Impulse geben will.“<sup>88</sup>.

„Hospizarbeit ist ein kleines, aber sehr sinnvolles Arbeitsfeld für Soziale Arbeit und es lohnt sich, diese Entwicklung voranzutreiben. Durch demografische Veränderungen und Zunahme bestimmter Krankheitsbilder wird der Bedarf an Hospiz-Sozialarbeit weiter zunehmen.“<sup>89</sup>.

Soziale Arbeit muss ein integraler Bestandteil in der Hospizversorgung werden.

---

<sup>87</sup> Vgl. Leutbecher 2003, S. 33.

<sup>88</sup> Student 2007, S. 156.

<sup>89</sup> Leutbecher 2003, S. 33.

## **Anhang 1**

### **Aufstellung des Landesverband für Hospizarbeit und Palliativmedizin Sachsen e.V.**

**Einrichtung****Träger****Straße****PLZ/Ort****Ambulante Hospizdienste**

Ambulanter Malteser Hospizdienst Dresden	Malteser Hilfsdienst e.V.	Leipziger Straße 33	01097 Dresden
Ambulanter Hospiz- und Palliativberatungsdienst der Ev.-Luth. Diakonissenanstalt Dresden e.V.	Ev.-Luth. Diakonissenanstalt Dresden e.V.	Holzhofgasse 29	01099 Dresden
Christlicher Hospizdienst Dresden e.V.		Canalettostraße 13	01307 Dresden
Amb. Hospiz- und Palliativ- Pflege- dienst gGmbH	Hospiz-Dienste im Dresd- ner Umland gGmbH	Augustusweg 101 f	01445 Radebeul
Ambulanter Hospiz- und Palliativ- beratungsdienst Riesa-Großenhain	Caritasverband Meißen e.V.	Lessingstraße 9	01587 Riesa
Ambulanter Hospiz- und Palliativ- beratungsdienst Meißen	Caritasverband Meißen e.V.	Wettinstraße 15	01662 Meißen
Ambulanter Malteser Hospizdienst Pirna	Malteser Hilfsdienst e.V.	Barbiorgasse 13	01796 Pirna
Ambulanter Hospizdienst Doh- na/Heidenau/Osterzgebirge	Johanniter Seniorenheim GmbH	Friedrich-Engels- Straße 15	01809 Heidenau
Ambulanter Hospiz- und Palliativberatungsdienst Bautzen	Diakonisches Werk im Kirchenbezirk Bautzen e.V.	Bautzner Straße 37	01877 Bischofswerda
Ambulanter Hospiz- und Palliativ- beratungsdienst Kamenz und Hoyerswerda	Caritasverband Oberlausitz	Haydnstraße 8	01917 Kamenz
Ambulanter Hospiz- und Palliativberatungsdienst Bautzen	Diakonisches Werk im Kirchenbezirk Bautzen e.V.	Karl-Liebknecht- Straße 16	02625 Bautzen
Ambulanter Hospizdienst	Christliche Hospiz Ostsachsen gGmbH	Comeniusstraße 12	02747 Herrnhut
Ambulanter Hospizdienst	Christliche Hospiz Ostsachsen gGmbH	Lessingstraße 2	02763 Zittau
Ökumenischer Hospizdienst Görlitz	Trägerverbund	Mühlweg 3	02826 Görlitz
Ambulanter Hospiz- und Palliativ- beratungsdienst in der Niedersächs. Oberlausitz	Diakonissenanstalt Em- maus	Plittstraße 26	02906 Niesky
Amb. Malteser Hilfsdienst Hoyers- werda	Malteser Hilfsdienst e.V.	Straße am Les- singhaus 5	02977 Hoyerswerda
Ambulanter Hospizdienst ADVENA	Gemeinnützige Leipziger Hospizgesellschaft mbH	Birkenstraße 12	04177 Leipzig
Ambulanter Hospizdienst	Hospizverein Leipzig e.V.	Kommandant- Prendel-Allee 106	04299 Leipzig
Ambulanter Hospiz- und Palliativ- beratungsdienst im Leipziger Land	Caritasverband Leipzig e.V.	Sportplatzweg 7	04574 Deutzen
Ambulanter Hospiz- und Palliativ- beratungsdienst	Diakonisches Werk Mul- dentalkreis e.V.	Bockenberg 3	04668 Grimma
Ökumenischer Hospizdienst / Hospizinitiative Döbeln	Diakonie Döbeln	Otto-Johnsen- Straße 4	04720 Döbeln
Ökumenischer Ambulanter Hospiz- dienst	Evang. Diakoniewerk Oschatz-Torgau gGmbH	Heinrich-Heine- Straße 5	04758 Oschatz
Ökumenischer Ambulanter Hospiz- dienst Nordsachsen	Diakonisches Werk De- litzsch / Eilenburg e.V.	Nikolaiplatz 3	04838 Eilenburg
Ambulanter Hospizdienst im Senio- renselbsthilfe e.V.	Senioren-Selbsthilfe e.V. Torgau	Kurstraße 11	04860 Torgau
Ökumenischer Ambulanter Hospiz- dienst des Caritasverbandes Torgau	Caritasverband für das Dekanat Torgau	Karl-Marx-Platz 1 c	04860 Torgau

Ökumenische Hospizdienst "ELI-SA"	Caritasverband Zwickau e.V.	Reichenbacher Straße 36	08056 Zwickau
Ambulanter Hospiz- und Palliativberatungsdienst „Zion“	Sächsisches Gemeinschafts-Diakonissenhaus „Zion“ e.V.	Schneeberger Str. 98	08280 Aue
Ambulanter Hospizverein Er-labrunn e.V.		Am Märzenberg 1 A	08359 Breitenbrunn
Ambulanter Hospiz- und Palliativ-Beratungsdienst	Diakoniewerk Westsach-sen gGmbH	Pestalozzistraße 17	08371 Glauchau
Ambulanter Hospiz- und Palliativ-beratungsdienst	Freier Hospizverein Erzge-birgsvorland e.V.	Ulmenstr. 4	08371 Glauchau
Hospizverein Vogtland e.V.		Nordhorner Platz 1	08468 Reichenbach
Ambulanter Malteser Hospizdienst Plauen	Malteser Hilfsdienst e.V.	Thomas-Mann-Straße 12	08523 Plauen
Hospiz- und Palliativdienst Chem-nitz e.V.		Am Karbel 61 a	09116 Chemnitz
DOMUS Palliativmedizin und Hos-piz für Chemnitz und Umgebung e.V.		Stadlerstraße 21	09126 Chemnitz
Ambulanter Hospizdienst	Diakonie Sozialdienst gGmbH	Dresdner Str. 27 c	09326 Geringswalde
Ambulanter Hospiz- und Palliativ-beratungsdienst Oelsnitz	Johanniter-Unfall-Hilfe e.V. Kreisverband Erzgebirge	Pflockenstraße 44	09376 Oelsnitz
Hospizverein "Lebensbaum" Nie-derlassung Oelsnitz		Meinertsstraße 18	09376 Oelsnitz
Ambulanter Malteser Hospizdienst Annaberg	Malteser Hilfsdienst e.V.	Büttnerplatz 1	09456 Annaberg-Buchholz
Hospiz- und Palliativdienst Marien-berg e.V.		Fleischerstraße 3	09496 Marienberg
Ambulanter Hospizdienst "Beglei-tende Hände" e.V.		Enge Gasse 5	09569 Oederan
Freiberger Hospizgruppe	Diakonisches Werk Frei-berg e.V.	Petersstraße 44/46	09599 Freiberg
DOMUS Palliativmedizin und Hos-piz für Chemnitz und Umgebung e.V.		Hainichener Str. 4-6	09648 Mittweida
Hospizgruppe Frankenber	Diakonisches Werk im Kirchenbezirk Flöha e.V.	Max-Kästner-Straße 48c	09669 Frankenberg

## Außenstellen Ambu-lanter Hospizdienste

Ambulanter Hospizdienst Doh-na/Heidenau/Osterzgebirge	Johanniter Seniorenheim GmbH	Außenstelle Jona-nisstr. 2	01705 Freital
Ambulanter Hospiz- und Palliativ-beratungsdienst in der Niedersächs. Oberlausitz		Außenstelle Teich-straße 18	02943 Weiß-wasser
Ambulanter Hospiz- und Palliativ-beratungsdienst Kamenz und Hoyerswerda	Caritasverband Oberlausitz e.V.	Außenstelle Lud-wig-von-Beethoven Str. 26	02977 Hoyers-werda
Hospizdienst Döbeln und Umland		Außenstelle Peter-Apian-Platz 10	04703 Leisnig
Hospizdienst Döbeln und Umland		Außenstelle Wen-dishain Nr. 39	04746 Hartha
Hospizverein "Lebensbaum" Nie-derlassung Zwickau		Außenstelle Hauptstraße 39	08115 Lichten-tanne
Hospizverein Vogtland e.V.		Außenstelle Alt-markt 6	08209 Auer-bach
Ambulanter Hospiz- und Palliativ-beratungsdienst Oelsnitz	Johanniter-Unfall-Hilfe e.V. Kreisverband Erzgebirge	Außenstelle in	08297 Zwönitz
Ambulanter Malteser Hospizdienst Plauen e.V.	Malteser Hilfsdienst e.V.	Außenstelle in	08606 Oelsnitz / Vogtl.
Ambulanter Hospiz- und Palliativ-Beratungsdienst	Diakoniewerk Westsach-sen gGmbH	Außenstelle in	09212 Lim-bach-Oberfrohna



Ambulanter Hospiz- und Palliativ-Beratungsdienst	Diakoniewerk Westsachsen gGmbH	Außenstelle in	09350 Lichtenstein
--	--------------------------------	----------------	--------------------

## Ambulante Palliative Care Pflegedienste

Ambulanter Hospiz- und Palliative-Care-Pflegedienst	Hospizdienste im Dresdner Umland gGmbH	Augustusweg 101 f	01445 Radebeul
Home Care Sachsen e.V.		Blumenstraße 70	01307 Dresden

## Tageshospiz

Tageshospiz CHD Dresden e.V.		Canalettostraße 13	01307 Dresden
------------------------------	--	--------------------	---------------

## Stationäre Hospize

Hospiz Radebeul	Hospiz-Dienste im Dresdner Umland gGmbH	Augustusweg 101 f	01445 Radebeul
Stationäres Hospiz Siloah	Christliche Hospiz Ostsachsen gGmbH	Comeniusstraße 12	02747 Herrnhut
Hospiz ADVENA	Gemeinnützige Leipziger Hospizgesellschaft mbH	Birkenstraße 11	04177 Leipzig
Hospiz Villa Auguste gGmbH		Kommandant-Prendel-Allee 106	04299 Leipzig
Kliniken Erlabrunn gGmbH (im Bau)	Kliniken Erlabrunn gGmbH	Am Märzenberg 1 A	08359 Breitenbrunn
Hospiz Chemnitz	Hospiz- und Palliativdienst Chemnitz e.V.	Am Karbel 61 a	09116 Chemnitz

## Kinderhospiz Ambulant/Stationär

Ambulanter Kinderhospizdienst Dresden	Deutscher Kinderhospizverein e.V.	Goetheallee 13	01309 Dresden
Ambulanter Kinderhospizdienst "Bärenherz"	Gemeinnützige Leipziger Hospizgesellschaft mbH	Kees'schen Park 3	04416 Markkleeberg
Stationäres Kinderhospiz "Bärenherz"	Gemeinnützige Leipziger Hospizgesellschaft mbH	Kees'schen Park 3	04416 Markkleeberg
Amb. Kinderhospizdienst Westsachsen e.V.		Friedrich-Fröbel-Str. 1	08301 Bad Schlema
Elternverein Krebskranker Kinder e.V. (im Aufbau)		Rudolf-Krahl-Str. 61 a	09226 Chemnitz
Ambulanter Kinderhospizdienst "Holly"	Ambulanter Hospiz- und Palliativberatungsdienst Marienberg e.V.	Fleischerstraße 3	09496 Marienberg

## Palliativstationen

Palliativstation	St. Joseph-Stift Dresden	Wintergartenstraße 15-17	01307 Dresden
Palliativstation	Universitätsklinikum Carl-Gustav-Carus	Fetscherstraße 74	01307 Dresden
Palliativstation	Helios Klinik Dresden-Wachwitz GmbH	Malerstraße 31	01326 Dresden
Palliativstation	Malteser Krankenhaus St. Carolus	Carolusstraße 212	02827 Görlitz

Palliativstation UCC 1	Universitätsklinikum	Semmelweisstraße 14	04103 Leipzig
Palliativstation	Städt. Klinikum St. Georg	Delitzscher Straße 141	04129 Leipzig
Palliativstation	St. Elisabeth Krankenhaus	Biedermannstraße 84	04277 Leipzig
Internistische Station / Palliativstation	HELIOS Klinik Borna	Rudolf-Virchow-Straße 2	04552 Borna
Palliativstation	Heinrich-Braun-Krankenhaus Zwickau	Karl-Keil-Straße 35	08060 Zwickau
Palliativstation	Städtisches Klinikum Onkologisches Fachkrankenhaus Marienstift	Clara-Zetkin-Straße 72	08340 Schwarzenberg
Palliativstation	HELIOS Vogtland-Klinikum Plauen	Röntgenstraße 2	08529 Plauen
Palliativstation	DRK Krankenhaus Rabenstein	Unritzstraße 23	09117 Chemnitz

## **Anhang 2**

### **E-Mail Befragung der Hospizdienste**

E-Mail 1:

Montag, den 7. Juni 2010, 13:37:39 Uhr

Re: Bachelorarbeit

Von: "CV Leipzig, Hospizdienst" <hospiz.leipziger-land@caritas-leipzig.de>

Kontakt anzeigen

An: Jasmin Bergmann <jasmin\_bergmann\_1984@yahoo.de>

---

Sehr geehrte Frau Bergmann,

in unserem Hospizdienst sind wir in der "glücklichen" Situation, neben der klassischen Besetzung der Koordinatorenstelle mit einer Krankenschwester auch eine Sozialarbeiterin auf dieser Position zu haben. D.h. wir sind zwei Koordinatorinnen, eine exam. Krankenschwester und eine Diplom-Sozialarbeiterin (FH), die sich prima ergänzen.

Für weitere Fragen bin ich gern bereit.

Freundliche Grüße

Annett Ratsch

Koordinatorin Hospizdienst und Dipl. Soz.päd.

Caritasverband Leipzig e.V.

Ambulanter Hospiz- und Palliativberatungsdienst

im Leipziger Land

Sportplatzweg 7

04574 Deutzen

Telefon (03433) 24 86 926

Fax (03433) 20 46 90

[www.caritas-leipzig.de](http://www.caritas-leipzig.de)

[www.ocvleipzig.caritas.de/9792.html](http://www.ocvleipzig.caritas.de/9792.html)

E-Mail 2:

Dienstag, den 8. Juni 2010, 9:02:14 Uhr

AW: AW: Bachelorarbeit

Von: "Hudek, Silke" <hospizdienst.oelsnitz@juherzgebirge.de>

Kontakt anzeigen

An: Jasmin Bergmann <jasmin\_bergmann\_1984@yahoo.de>

---

Nein, wir sind kein Sozialarbeiter, wir sind beides Krankenschwestern, mit Weiterbildungen zu Palliativ – Care Fachkraft und Trauerbegleiterin. Ebenso haben wir Kurse besucht zu Koordination und Führung eines Hospizdienstes.

Herzliche Grüße

Silke Hudek

ambulanter Hospizdienst

Johanniter - Unfall - Hilfe e. V.

Kreisverband Erzgebirge

Pflockenstr. 44

09376 Oelsnitz

Telefon +49 37298 3100

Mobil +49 171 691 3448

Fax +49 37298 310 222

[www.juh-hospizdienst.de](http://www.juh-hospizdienst.de)

[silke.hudek@juh-erzgebirge.de](mailto:silke.hudek@juh-erzgebirge.de)

E-Mail 3:

Dienstag, den 8. Juni 2010, 10:29:44 Uhr

AW: Bachelorarbeit

Von: AKHD Dresden <dresden@deutscher-kinderhospizverein.de>

Kontakt anzeigen

An: Jasmin Bergmann <jasmin\_bergmann\_1984@yahoo.de>

---

Ich bin Dipl.-Sozialarbeiterin/Sozialpädagogin (FH).

Viele Grüße,

Heike Lebelt (Koord.)

E-Mail 4:

Dienstag, den 8. Juni 2010, 13:41:56 Uhr

Re: Bachelorarbeit

Von: ambulantes Hospiz Chemnitz <ambulant@hospiz-chemnitz.de>

Kontakt anzeigen

An: Jasmin Bergmann <jasmin\_bergmann\_1984@yahoo.de>

---

Sehr geehrte Frau Bergmann, wir sind beide Krankenschwestern mit diversen zusätzlichen Weiterbildungen.

Mit freundlichen Grüßen, Carmen Rakutt

E-Mail 5:

Dienstag, den 8. Juni 2010, 16:28:19 Uhr

AW:

Von: Hospizdienst <hospizdienst@caritas-meissen.de>

Kontakt anzeigen

An: Jasmin Bergmann <jasmin\_bergmann\_1984@yahoo.de>

---

In jedem Dienst gibt es einen Soz/Päd. und eine Altenpflegerin bzw Krankenschwester.

Gruß Christine Schurig

E-Mail 6:

Dienstag, den 8. Juni 2010, 18:17:06 Uhr

Re: Bachelorarbeit

Von: Schubert - Diakonie Döbeln <schubert@diakonie-doebeln.de>

Kontakt anzeigen

An: Jasmin Bergmann <jasmin\_bergmann\_1984@yahoo.de>

---

Liebe Frau Bergmann,

zu unserer Hospizarbeit ist folgendes zu sagen:

wir sind die Ökumenische Hospiziniziative Döbeln

wir arbeiten mit dem Ambulanten Hospizdienst der Caritas Meißen zusammen und sind hier vor Ort aber rein ehrenamtlich organisiert, das heißt auch unsere Koordinatorin leistet ihren Dienst ehrenamtlich.

(Ich erinnere mich an eine Anfrage vor ca. 1 bis 1 1/2 Jahren zu einem ähnlichen Thema einer Diplomarbeit: Stand der Professionalisierung der Sozialen Arbeit im Hospiz im Freistaat Sachsen)

Ihnen viel Erfolg für Ihre Arbeit und liebe Grüße

Mandy Schubert

Diakonie Döbeln

Otto-Johnsen-Str. 4

04720 Döbeln

Tel. 03431/ 7126-17 oder -0

Fax 03431/ 7126-12

[www.diakonie-doebeln.de](http://www.diakonie-doebeln.de)

E-Mail 7:

Mittwoch, den 9. Juni 2010, 8:12:44 Uhr

AW: Bachelorarbeit

Von: "ambulant@hospiz-ostsachsen.de" <ambulant@hospiz-ostsachsen.de>

Kontakt anzeigen

An: Jasmin Bergmann <jasmin\_bergmann\_1984@yahoo.de>

---

Liebe Frau Bergmann, hier die Antwort:

Bei uns gibt es eine Sozialarbeiterin und 2 Krankenschwestern alle mit der geforderten Zusatzausbildung lt. § 39a SGB V.

Herzliche Grüße Brigitte Böhlke

Christliche Hospiz Ostsachsen gGmbH  
Ambulanter Hospizdienst  
Brigitte Böhlke, Leiterin  
Lessingstraße 2  
02763 Zittau  
Tel. (035 83) 79 42 69  
E-Mail: [ambulant@hospiz-ostsachsen.de](mailto:ambulant@hospiz-ostsachsen.de)  
[www.hospiz-ostsachsen.de](http://www.hospiz-ostsachsen.de)

Geschäftssitz: Lessingstraße 2, 02763 Zittau  
Handelsregisternummer: HRB-Nr. 24 24 9 Amtsgericht Dresden  
Steuernummer: 208/10703122, FA Zittau  
Umsatzsteuer-Ident.-Nr. DE 191244732  
Geschäftsführer: Diakon Volker Krolzik, Stephan Wilinski

E-Mail 8:  
Sonntag, den 13. Juni 2010, 18:22:29 Uhr  
Anfrage  
Von: Meyer Harald <harald-niesky@t-online.de>  
Kontakt anzeigen  
An: [jasmin\\_bergmann\\_1984@yahoo.de](mailto:jasmin_bergmann_1984@yahoo.de)

---

Liebe Frau Bergmann,  
jetzt will ich endlich auf Ihre Anfrage reagieren. Es freut mich dass Sie sich für die Hospizarbeit interessieren.  
Also, zur personellen Situation:

Wir sind ein Hospizdienst welcher den ehemaligen Niederschlesischen Oberlausitz Kreis (NOL) umfaßt. Dieser ist ja im zuge der Kreisreform in den Kreis Görlitz aufgegangen.  
Hauptamtlich sind wir 2 Koordinatoren.



Ich bin der Leiter des Dienstes - vom beruflichen Hintergrund: Fachkrankenpfleger.  
Anstellung 100%

Meine Kollegin, Frau Bieder, ist Dipl. Sozialarbeiterin (FH Görlitz-Zittau) Sie ist zu 50% angestellt. Ihre Einstellung als stellv. Koordinatorin erfolgte allerdings nicht primär auf Grund ihrer Ausbildung. Der Hintergrund war die Vertretungsmöglichkeit für den Krankenhaussozialdienst. Sie hat diesen schon in ihrer Elternzeit vertreten.

Ich bringe morgen gleich mal noch etwas Info-Material von uns, unserer Einrichtung auf den Weg. Sollten Sie sonst noch Fragen haben, machen Sie sich ruhig bemerkbar. Sie können auch die Mail-Adressen des Hospizdienstes nutzen: [hospiz@emmaus-niesky.de](mailto:hospiz@emmaus-niesky.de) (Bis morgen - Montag - ist mein PC allerdings noch außer Funktion).

Übrigens, mit einer Gruppe Sozialarbt-Stud (Madeleine Griesig u. ...) Ihrer Hochschule war ich im Frühjahr 2009 in Polen.

Mit freundlichen Grüßen und viel Erfolg bei Ihren Unternehmungen!

Ihr Harald Meyer

E-Mail 9:

Montag, den 14. Juni 2010, 8:17:40 Uhr

AW: Bachelorarbeit

Von: Beger <[hospiz@diakonie-freiberg.de](mailto:hospiz@diakonie-freiberg.de)>

Kontakt anzeigen

An: Jasmin Bergmann <[jasmin\\_bergmann\\_1984@yahoo.de](mailto:jasmin_bergmann_1984@yahoo.de)>

---

Sehr geehrte Fr. Bergmann, die berufliche Qualifikation von Koordinatorinnen der Hospizarbeit ist ein medizinischer Grundberuf mit mind. drei jähriger Berufserfahrung, eine Palliativ care Ausbildung und Nachweise über abgeschlossene Seminare von Führungskompetenz und Koordination.

Mit frdl. Grüßen

B. Beger

E-Mail 10:

Montag, den 14. Juni 2010, 10:39:18 Uhr

Re: Bachelorarbeit

Von: Hospiz Zion <hospiz@zion.de>

Kontakt anzeigen

An: Jasmin Bergmann <jasmin\_bergmann\_1984@yahoo.de>

---

...ich bin Krankenschwester und Palliative care Fachkraft.....Sozialarbeiter gibt es keine....

LG,

A. Breittfeld

E-Mail 11:

Donnerstag, den 17. Juni 2010, 7:54:54 Uhr

Antwort

Von: Hospizdienst Kamenz <hospiz@caritas-  
oberlausitz.de>

Kontakt anzeigen

An: jasmin\_bergmann\_1984@yahoo.de

---



**Caritasverband Oberlausitz e.V.**

---

Sehr geehrte Frau Bergmann,  
vielen Dank für Ihr Anfrage. Folgende Angaben zur Struktur unseres Ambulanten Hospiz- und Palliativberatungsdienstes. Sollten Sie noch weitere Angaben benötigen, melden Sie sich bitte zurück:

Stand 2009:

Hauptstelle: Kamenz

Zweigstelle: Hoyerswerda

→ 43 Ehrenamtliche (EA) insgesamt

→ Angebot: monatliches Trauercafé in Kamenz und Hoyerswerda

1 Koordinatorin mit 60% (Krankenschwester)

1 Koordinatorin mit 70% (Altenflegerin)

1 Koordinator mit 40% (Sozialarbeiter)

Mit freundlichen Grüßen und viel Kraft für Ihr Studium und Ihre Arbeit

Bernward Kreutzkam

Koordinator

---

Ambulanter Hospiz- und Palliativberatungsdienst

Kamenz und Hoyerswerda

Haydnstraße 8

01917 Kamenz

Telefon: 03578374312

Telefax: 03578374324

[Hospiz@caritas-oberlausitz.de](mailto:Hospiz@caritas-oberlausitz.de)

[www.caritas-oberlausitz.de](http://www.caritas-oberlausitz.de)

E-Mail 12:

Donnerstag, den 17. Juni 2010, 10:22:42 Uhr

Re: Bachelorarbeit

Von: Malteser Plauen <malteser-plauen@web.de>

Kontakt anzeigen

An: Jasmin Bergmann <jasmin\_bergmann\_1984@yahoo.de>

---

Sehr geehrte Frau Bergmann,

bitte entschuldigen Sie die etwas verspätete Antwort. Von den zwei hauptamtlichen Mitarbeitern unseres Ambulanten Hospizdienstes ist eine Krankenschwester und die andere Sozialpädagogin. Wir hoffen, damit Ihre Frage beantwortet zu haben und wünschen Ihnen alles Gute.

Mit freundlichen Grüßen

Veronika Hegner  
Mitarbeiterin

Malteser Hilfsdienst e. V.  
Ambulanter Hospizdienst Plauen  
Thomas-Mann-Straße 12  
08523 Plauen

E-Mail 13:

Montag, den 19. Juli 2010, 11:33:48 Uhr

Bachelorarbeit

Von: Elternverein krebskranker Kinder e.V. <kinderhospiz@ekk-  
chemnitz.de>

Kontakt anzeigen

An: jasmin\_bergmann\_1984@yahoo.de

---

Sehr geehrte Frau Bergmann,

wir haben Ihre Mail mit der Bitte um Information, ob wir einen Sozialarbeiter beschäftigen erhalten.

Ein Dipl. Sozialpädagoge ist in unserem Kinderhospizdienst nicht beschäftigt.

Ich hoffe diese Antwort hilft Ihnen weiter.

Mit freundlichen Grüßen

Jana Hering  
Koordinatorin amb. Kinderhospizdienst „Schmetterling“ in Trägerschaft des Eltern-  
vereins krebskranker Kinder e.V. Chemnitz

E-Mail 14:

[ Kein Betreff ]

Von: Personalabteilung Kliniken Erlabrunn gGmbH <personal@erlabrunn.de>

Kontakt anzeigen

An: jasmin\_bergmann\_1984@yahoo.de

---

Sehr geehrte Frau Bergmann,

von unserer Geschäftsführung wurde uns zuständigkeitshalber Ihre E-Mail weitergeleitet.

Wir können Ihnen mitteilen, dass in unserem Hospiz eine Sozialarbeiterin beschäftigt ist.

Mit freundlichen Grüßen

E. L e h m a n n

Leiterin der Abt. Personal- u. Sozialwesen

--

Kliniken Erlabrunn gGmbH

Am Märzenberg 1A, 08359 Breitenbrunn

Registergericht: Amtsgericht Chemnitz, HRB 15488

Geschäftsführer: Josef Wieder

Aufsichtsratsvorsitzender: Andreas Modes

www.erlabrunn.de

E-Mail 15:

Dienstag, den 20. Juli 2010, 11:13:26 Uhr

AW: Bachelorarbeit

Von: Leitung-Hospiz <leitung@hospiz-chemnitz.de>

Kontakt anzeigen

An: Jasmin Bergmann <jasmin\_bergmann\_1984@yahoo.de>

---

Sehr geehrte Frau Bergmann,

nein, einen Sozialarbeiter haben wir nicht angestellt. Laut Kostensatzvereinbarung sind nur wenige % meiner Arbeitszeit dafür vorgesehen. Einen Teil übernimmt auch die Pflegedienstleiterin und psychosoziale Betreuung der Bewohner und ihrer Angehörigen auch alle anderen MA des Teams sowie ehrenamtliche Mitarbeiter und unsere Pfarrerin. Sinnvoll und notwendig ist die konzeptionell enthaltene psychosoziale Betreuung bei ambulanter und stationärer Hospizarbeit in sehr hohem Maße. Sozialarbeit im Sinne Aufnahmeformalitäten und ggf. Pflegeüberleitung werden "nebenbei" erledigt.

Viel Erfolg bei Ihrer Bachelorarbeit!

Mit freundlichen Grüßen

V. Müller

Leiterin Hospiz Chemnitz

E-Mail 16:

Mittwoch, den 21. Juli 2010, 10:02:30 Uhr

Nachfrage!

Von: Volkhardt <volkhardt@ifbev.de>

[Kontakt anzeigen](#)

An: jasmin\_bergmann\_1984@yahoo.de

---

Hallo liebe Jasmin,

wir beschäftigen 1 Sozialpädagogen/Sozialarbeiter in unserem Kinderhospiz. Ich hoffe, die Antwort reicht dir aus.

Viel Erfolg bei deiner Bachelorarbeit.

Liebe Grüße,

Mareen Schröter

E-Mail 17:

Freitag, den 23. Juli 2010, 15:30:46 Uhr

Re: Bachelorarbeit

Von: Ramona Ployer <hospizdienst-oederan@gmx.de>

[Kontakt anzeigen](#)

An: Jasmin Bergmann <jasmin\_bergmann\_1984@yahoo.de>

---

Sehr geehrte Frau Bergmann

Wir beschäftigen derzeit eine Koordinatorin. Von der Ausbildung ist Sie gelernte Altenpflegerin. Wir hoffen ihnen, weiter geholfen zu haben. Sollten weiterhin Fragen bestehen, können Sie sich gerne jeder Zeit an uns wenden.

Wir wünschen ihnen für ihr Studium viel Erfolg und alles Gute.

Mit freundlichen Grüßen

Vereinsvorstand

E-Mail 18:

Dienstag, den 10. August 2010, 15:48:11 Uhr

Re: Bachelorarbeit

Von: Christlicher Hospizdienst Görlitz <hospizdienst-goerlitz@web.de>

[Kontakt anzeigen](#)

An: Jasmin Bergmann <jasmin\_bergmann\_1984@yahoo.de>

---

Sehr geehrte Frau Bergmann,

wir sind ein ambulanter Hospizdienst mittlerer Größe (40 Ehrenamtliche und ca. 90 Begleitungen im Jahr). Meine Kollegin und ich, wir sind zu je 50% angestellt. Meine Kollegin ist von Beruf Krankenschwester, ich bin Sozialpäd./arb. (FH). Nach unserer Erfahrung ist das eine hervorragende Kombination. Vor allem in der Sorge um die ehrenamtlichen Mitarbeiter kommt die sozialpäd. Ausbildung zum Tragen.

Ich wünsche Ihnen viel Erfolg bei Ihrer Arbeit.

Frohe Grüße aus Görlitz!

Felicitas Baensch



## **Literatur- und Quellenverzeichnis:**

**Ariès**, Phillippe (2002): Geschichte des Todes. 10. Auflage, München: Deutscher Taschenbuch Verlag.

**Behr**, Andreas (2008): Palliative Sozialarbeit – ein Überblick. Eine Darstellung zentraler Aspekte hospizlicher Sozialarbeit, Hamburg: Diplomica Verlag.

**Bundesministerium für Familien, Senioren, Frauen und Jugend** (2006): Die Charta der Rechte hilfe- und pflegebedürftiger Menschen, [http://www.pflege-charta.de/nn\\_192/SharedDocs/Publikationen/Pflege\\_Charta,templateId=raw,property=publicationFile.pdf/Pflege\\_Charta.pdf](http://www.pflege-charta.de/nn_192/SharedDocs/Publikationen/Pflege_Charta,templateId=raw,property=publicationFile.pdf/Pflege_Charta.pdf), verfügbar am 04. November 2010.

**Deutscher Hospiz- und PalliativVerband e.V.** (2010): Stichwort Deutscher Hospiz- und Palliativverband <http://www.hospiz.net/bag/index.html>, verfügbar am 25.10.2010

**DHPV** (2010): Stichwort Hospizarbeit <http://www.hospiz.net/bag/hospizarbeit.html>, verfügbar am 26.10.2010.

**DHPV** (2010): Stichwort Hospizidee, <http://www.hospiz.net/bag/hospizidee.html>, verfügbar am 21. Oktober 2010.

**DHPV** (2010): Pressemitteilung „Sterben dort, wo man zuhause ist.“ In: Zeitschrift für Palliativmedizin. 11. Jahrgang, Heft 5/2010, S. 209.

**Dreßke**, Stefan (2010): Sterben und Tod. In: Aner, Kirsten; Karl, Ute (Hrsg.): Handbuch Soziale Arbeit und Alter, S. 385-389, Wiesbaden: Vs Verlag.

**Frühauß**, Ursula (2004): Genogrammarbeit in der Hospiz- und Trauerarbeit- Teil 1. In: Die Hospiz-Zeitschrift 20. 6. Jahrgang, Heft 2/2004, S. 21 – 23.

**Fülßier**, Ursula (2006): Sozialarbeit in der Palliativmedizin. In: Aulbert, Eberhardt; Nauck, Friedemann; Radbruch, Lukas (Hrsg.): Lehrbuch der Palliativmedizin, 2. Auflage, S. 1289-1295, Stuttgart: Schattauer.

**Galuske**, Michael (1999): Methoden der Sozialen Arbeit. Eine Einführung, 2. Auflage, München: Juventa.

**Gehrmann**, Gerd; Müller, Klaus Dieter (1999): Management in sozialen Organisationen. Handbuch für die Praxis Sozialer Arbeit, 3. Auflage, Regensburg/ Bonn: Walhalla-Fachverlag.

**Großmann**, Niklas (2008): Begrenzte Existenz. Sterbehilfe und Tod als professionelle Herausforderung für die Soziale Arbeit, Frankfurt am Main: Internationaler Verlag der Wissenschaft.

**Kast**, Verena (1999): Trauern. Phasen und Chancen des psychischen Prozesses, Stuttgart: Kreuz Verlag.

**Köhle**, Karl u.a. (1986): Zum Umgang mit unheilbar Kranken. In: Uexküll, Thure von (Hrsg.): Psychosomatische Medizin, 3. Auflage, S. 1203-1252. München: Elsevier-Verlag.

**Kübler-Ross**, Elisabeth (2009): Interviews mit Sterbenden. 2. Auflage, Freiburg: Kreuz Verlag.

**Kulbe**, Annette (2008): Sterbebegleitung. Hilfen zur Pflege Sterbender. München: Urban & Fischer Verlag.

**Landesverband für Hospizarbeit und Palliativmedizin Sachsen e.V** (2008): Stichwort Standorte, <http://hospiz-palliativ-sachsen.de/standorte/> verfügbar am 26.10.2010.

**Lamp**, Ida (2001 a): Hospizarbeit in Deutschland. In: Lamp, Ida (Hrsg.): Hospiz-Arbeit konkret. Grundlagen- Praxis- Erfahrungen, S. 17-38. Gütersloh: Gütersloher Taschenbücher.

**Lamp**, Ida (2001 b): Hospiz- zur Geschichte einer Idee. In: Lamp, Ida (Hrsg.): Hospiz-Arbeit konkret. Grundlagen- Praxis- Erfahrungen, S. 9 -16. Gütersloh: Gütersloher Taschenbücher.

**Leutbecher**, Karin (2003): Hospiz- und Palliativarbeit- ein Arbeitsfeld für Soziale Arbeit. In: Forum Sozial 2/2003, S. 32 – 33.

**Mennemann**, Hugo (1998): Sterben lernen heißt leben lernen. Sterbebegleitung aus sozialpädagogischer Perspektive, Münster: LIT Verlag.

**Patientenschutzorganisation Deutsche Hospizstiftung** (2008), Stichwort Hospizstatistik, <http://www.hospize.de/servicepresse/hospizstatistik.html>, verfügbar am 26. Oktober 2010.

**Patientenschutzorganisation Deutsche Hospizstiftung** (2008), Stichwort Hospizliche Begleitung und Palliative-Care-Versorgung-Studie 2008, [http://www.hospize.de/docs/hib/Sonder\\_HIB\\_02\\_09.pdf](http://www.hospize.de/docs/hib/Sonder_HIB_02_09.pdf), verfügbar am 04. November 2010.

**Pieper**, Werner (2001): Seelsorge – ein wichtiger Gesichtspunkt der Hospizidee. In: Everding, Gustava; Westrich, Angelika (Hrsg.): Würdig leben bis zum letzten Augenblick. Idee und Praxis der Hospizbewegung, S. 48 – 55, 2. Auflage, München: Beck.

**Rest**, Franco (2006): Sterbebeistand, Sterbebegleitung, Sterbegeleit. Handbuch für den stationären und ambulanten Bereich, 5. Auflage, Stuttgart: Kohlhammer Verlag.

**Rest**, Franco (2010): Zurück zur Hospizlichkeit. Was wir wollten- was geworden ist- worauf wir nicht verzichten sollten. In: Theorie und Praxis der Sozialen Arbeit, 1. Ausgabe 2010, 61. Jahrgang, S. 51 – 58.

**Sächsisches Staatsministerium für Soziales** (Hrsg.) (2006): Konzeption zur Hospiz- und Palliativarbeit im Freistaat Sachsen 2006. Dresden: SAXONIA Verlag.

**Sächsisches Staatsministerium für Soziales und Verbraucherschutz** (2006): Konzeption zur Hospiz- und Palliativarbeit im Freistaat Sachsen 2006, [http://www.familie.sachsen.de/download/familienportal/Konzeption\\_zur\\_Hospiz-\\_und\\_Palliativarbeit\\_im\\_Freistaat\\_Sachsen.pdf](http://www.familie.sachsen.de/download/familienportal/Konzeption_zur_Hospiz-_und_Palliativarbeit_im_Freistaat_Sachsen.pdf), verfügbar am 04. November 2010.

**Sächsisches Staatsministerium für Soziales und Verbraucherschutz** (2007): Rahmenvereinbarung nach § 39a Abs. 1 Satz 4 SGB V, <http://www.revosax.sachsen.de/Details.do?sid=4031110852273>, verfügbar am 04. November 2010.

**Sächsisches Staatsministerium für Soziales und Verbraucherschutz** (2010): Stichwort Hospizarbeit, <http://www.familie.sachsen.de/7620.html> verfügbar am 26.10.2010.

**Saunders**, Cicely; Baines, Mary (1991): Leben mit dem Sterben. Betreuung und medizinische Behandlung todkranker Menschen, Bern, Göttingen, Toronto: Verlag Hans Huber.

**Seeger**, Christa (2007): Interdisziplinäres Arbeiten im Team – Grundlage für die Vernetzung in der Hospizarbeit. In: Kränzle, Susann; Schmid, Ulrike; Seeger, Christa (Hrsg.): Palliative Care. Handbuch für Pflege und Begleitung, S. 172 – 184, 2. Auflage, Heidelberg: Springer Medizin Verlag.

**Seithe**, Mechthild (2008): Engaging. Möglichkeiten Klientenzentrierter Beratung in der Sozialen Arbeit. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

**Student**, Johann-Christoph (1999 a): Entwicklungen und Perspektiven der Hospizbewegung in Deutschland. In: Student, Johann-Christoph (Hrsg.): Das Hospiz-Buch. 4. Auflage, S. 43 – 58. Freiburg im Breisgau: Lambertus-Verlag.

**Student**, Johann-Christoph, Mühlum, Albert, Student, Ute (2007): Soziale Arbeit in Hospiz und Palliativ Care. 2. Auflage, München, Basel: Ernst Reinhardt Verlag.

**Student**, Johann-Christoph (1999 b): Was ist ein Hospiz?. In: Student, Johann-Christoph (Hrsg.): Das Hospiz-Buch. 4. Auflage, S. 21 – 34, Freiburg im Breisgau: Lambertus-Verlag.

**Thiersch**, Hans (1993): Strukturierte Offenheit. Zur Methodenfrage einer lebensweltorientierten Sozialen Arbeit. In: Rauschenbach, Th.; Ortmann, F.; Karsten, M.-E.: Der sozialpädagogische Blick – Lebensweltorientierte Methoden in der Sozialen Arbeit. S. 11 – 28, München: Weinheim.

**Wasner**, Maria (2010): „Ist das nicht meine Aufgabe?“. Zur Rolle der Sozialarbeit im multiprofessionellen Palliative Care Team, in: Forum Sozialarbeit und Gesundheit, 2/2010, S. 6-8.

**Wendt, Wolf Rainer** (2008): Case Management im Sozial- und Gesundheitswesen. Eine Einführung, 4. Auflage, Freiburg: Lambertus-Verlag.

**Wendt, Wolf Rainer** (2010): Care und Case Management. In: Aner, Kirsten; Karl, Ute (Hrsg.): Handbuch Soziale Arbeit und Alter. S. 215-222. Wiesbaden: Vs Verlag.

**Westrich, Angelika** (2001): Wie alles begann: Geschichte der Hospizbewegung. In: Everding, Gustava; Westrich, Angelika (Hrsg.): Würdig leben bis zum letzten Augenblick. Idee und Praxis der Hospiz-Bewegung, 2. Auflage, S. 9 – 16. München: Beck Verlag.

**Wichmann, Cornelia; Wilkening, Karin** (2010): Soziale Arbeit in der Palliativversorgung. In: Aner, Kirsten; Karl, Ute (Hrsg.): Handbuch Soziale Arbeit und Alter. S. 165-172. Wiesbaden: Vs Verlag.

**Wiedemann, Renate** (1999): Die Anfänge der deutschen Hospizbewegung. In: Student, Johann-Christoph (Hrsg.): Das Hospiz-Buch. 4. Auflage, S. 35 – 42. Freiburg im Breisgau: Lambertus-Verlag.

## **Erklärung zur selbständigen Anfertigung der Arbeit**

Erklärung

Ich erkläre, dass ich die vorliegende Arbeit selbständig und nur unter Verwendung der angegebenen Literatur und Hilfsmittel angefertigt habe.

Roßwein, 21.01.2011 \_\_\_\_\_

Jasmin Wellner